

Université de Montréal

Les représentations de la violence dans les récits concernant la santé et les moyens de subsistance de femmes migrantes vivant en Afrique du Sud

Par Chloé Le Guillou Gagnon

**Département de médecine sociale et préventive
École de santé publique de l'Université de Montréal**

Mémoire présenté à la faculté des études supérieures en vue de l'obtention du grade de
Maîtrise ès sciences (M. Sc.) en santé publique

Décembre 2017

Chloé Le Guillou Gagnon, 2017

RÉSUMÉ

Dans le cadre de ce mémoire de maîtrise, nous tenterons de répondre à la question de recherche suivante : comment les femmes migrantes, vivant dans des contextes élevés de violence en Afrique du Sud, représentent et intègrent les violences dans leur récits concernant leur quotidien, leur santé et leur recherche de soins? Plus précisément, l'objectif est de comprendre comment ces femmes intègrent les violences vécues et comment celles-ci les communiquent afin d'en dégager les différentes représentations qu'elles en font. Bien que plusieurs chercheurs se soient intéressés à ces nouvelles vagues de violences, peu d'entre eux ont orienté leurs études sur la manière dont les migrants vivent ces adversités au quotidien.

Afin de répondre la question de recherche, nous avons fait une analyse secondaire d'une base de données. Au total, quatorze entretiens, où des femmes ont fait mention de violence, ont été retenus. L'échantillon à l'étude est composé de femmes migrantes ainsi que de *community healthcare workers*, que nous traduirons par travailleurs de santé communautaire (TSC), ayant le mandat de fournir des soins de base ainsi que de faire la promotion et la prévention de la santé à l'intérieur des communautés. Dans le cadre de cette recherche de nature qualitative, l'approche favorisée est descriptive interprétative. En ce qui a trait à la méthode d'analyse, nous avons employé la méthode d'analyse de données par comparaison constante, tel que développé par la Professeure Kathy Charmaz (2006). Au terme des analyses, le thème retenu afin d'expliquer comment les femmes du corpus à l'étude représentent les violences vécues au quotidien est la xénophobie. Ce concept a été soulevé dans les passages où les femmes ont parlé d'exclusion sociale et de discriminations envers la population à l'étude. En ce qui a trait à la manière dont les migrantes du corpus à l'étude intègre les violences vécues, deux conclusions ont été retenues de nos analyses. La première est liée aux violences physiques et psychologiques et sont les stratégies de protection utilisées par certaines femmes afin d'échapper aux situations considérées risquées. La dernière conclusion tirée est le lien entre les adversités que vivent les migrantes et le sentiment d'appartenance, où les violences vécues diminueraient leur attachement envers le pays d'accueil. Finalement, à travers nos analyses, un lien a été établi entre les violences interpersonnelles et collectives et la présence d'une violence dite structurelle en Afrique du Sud. Celles-ci seraient inter-reliées et pourraient servir à expliquer, dans une certaine mesure, la forte prévalence de violence au pays.

Mots-clés : violence, santé publique, qualitative, migrante, Afrique du Sud

ABSTRACT

In this Master's thesis, we will attempt to answer the following question: How do migrant women, living in high violence contexts in South Africa, portray and incorporate violence into their narratives about their health, healthcare access and livelihood? More specifically, our goal is to understand how these women integrate experienced violence and how they communicate it in order to identify the different representations that they make of it. Although several researchers have shown interest in these news waves of violence, few have focused their attention on how migrant women experience these adversities on a daily basis.

To answer our research question, we performed a secondary analysis of a database. In total, fourteen interviews were selected in which violence was mentioned. Our sample is composed of migrant women and community healthcare workers (CHW) that are mandated to provide basic care as well as promote health and prevent disease within communities. As part of this qualitative research, the favoured approach to analyse our data is descriptive interpretative, because it allows the use of data that was not collected by the initial researcher of the study. We used the constant comparative method of data analysis, as developed by Professor Kathy Charmaz (2006), to analyse our data. The results of the process showed that xenophobia is the theme used by the women in our study corpus to represent the violence migrants experience on a daily basis. Although the concept was not explicitly mentioned in the interviews, it was noticeable in the passages where migrant women and CHWs spoke of social exclusion and discrimination against migrant population living in South Africa. Two conclusions were drawn from our analysis in regard to the way migrant women integrated the violence experienced. The first is related to physical and psychological abuse and can be described as protective strategies used by some women to avoid risky situations. The last conclusion drawn is the link between the adversities experienced by migrant women and they're feeling of belonging, where violence reduces their sense of belonging. Finally, through our analysis, a link has been established between interpersonal violence and collective violence and the presence of a so-called structural violence in South Africa. This could help explain, to a certain extent, the high prevalence of violence in the country.

Key words: *violence, public health, qualitative, migrants, South Africa*

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	II
ABSTRACT	III
REMERCIEMENTS.....	VI
LISTE DES ACRONYMES	VII
INTRODUCTION.....	8
UN BREF APERÇU DE L’HISTOIRE DE L’AFRIQUE DU SUD.....	10
QUESTION DE RECHERCHE ET OBJECTIFS.....	13
CHAPITRE 2 :	16
RECENSION DES ÉCRITS.....	16
LA VIOLENCE COMME ENJEU DE SANTE PUBLIQUE.....	18
<i>La typologie de la violence.....</i>	<i>18</i>
<i>Bref portrait épidémiologique de la violence</i>	<i>20</i>
<i>Les coûts et les conséquences de la violence</i>	<i>21</i>
<i>Comprendre les racines de la violence.....</i>	<i>23</i>
PORTRAIT DE LA VIOLENCE EN AFRIQUE DU SUD.....	25
<i>Les causes de la violence en Afrique du Sud.....</i>	<i>27</i>
REGARD SUR LA MIGRATION ET LA VIE QUOTIDIENNE DES MIGRANTS EN AFRIQUE DU SUD.....	30
<i>Les conditions de vie des migrants en Afrique du Sud.....</i>	<i>31</i>
CHAPITRE 3 :	37
MÉTHODOLOGIE.....	37
DEVIS DE RECHERCHE.....	38
L’APPROCHE DESCRIPTIVE INTERPRÉTATIVE	39
GROUPE À L’ÉTUDE	40
ANALYSE DES DONNÉES: <i>MÉTHODE D’ANALYSE DE DONNÉES PAR COMPARAISON CONSTANTE</i>	43
<i>LE CODEGA INITIAL</i>	<i>44</i>
<i>LE CODAGE FOCAL.....</i>	<i>45</i>
<i>LE CODAGE AXIAL.....</i>	<i>46</i>
LA RÉFLEXIVITÉ.....	48
CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES.....	49
CHAPITRE 4 :	50
ANALYSES ET RÉSULTATS	50
RESUME DES CONCLUSIONS TIREES DES ANALYSES EFFECTUEES	51
PRESENTATION DES ANALYSES EFFECTUEES AUPRES DES FEMMES MIGRANTES.....	52
<i>VIOLENCES INTERPERSONNELLES.....</i>	<i>52</i>
<i>VIOLENCES COLLECTIVES.....</i>	<i>57</i>
PRESENTATION DES ANALYSES EFFECTUEES AUPRES DES TSC	66
<i>VIOLENCES INTERPERSONNELLES.....</i>	<i>66</i>
<i>LES VIOLENCES COLLECTIVES.....</i>	<i>70</i>
ANALYSES COMPARATIVES.....	77
<i>LES VIOLENCES INTERPERSONNELLES.....</i>	<i>77</i>
<i>LES VIOLENCES COLLECTIVES.....</i>	<i>80</i>

CHAPITRE 5 :	85
DISCUSSION.....	85
CONCLUSION.....	94
BIBLIOGRAPHIE	98
ANNEXE 1 - GRILLES D'ANALYSES.....	103
CODES INITIAUX - ENTREVUES MIGRANTES	103
ANNEXE 2 - GRILLES D'ANALYSES.....	122
CODES INITIAUX - ENTREVUES TRAVAILLEUSES DE SANTE COMMUNAUTAIRE.....	122
ANNEXE 3 - GRILLES D'ANALYSES.....	135
CODES FOC AUX - ENTREVUES MIGRANTES.....	135
ANNEXE 4 - GRILLES D'ANALYSES.....	146
CODES FOC AUX - ENTREVUES TRAVAILLEUSES DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE.....	146
ANNEXE 5 - GRILLES D'ANALYSES.....	153
CODES AXIAUX - ENTREVUES MIGRANTES	153
ANNEXE 6 - GRILLES D'ANALYSES.....	157
CODES AXIAUX - ENTREVUES TRAVAILLEUSES DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE.....	157
ANNEXE 7.....	161
CERTIFICATS D'APPROBATION ETHIQUE.....	161

REMERCIEMENTS

J'aimerais d'abord remercier la Professeure Christina Zarowsky, directrice du département de médecine sociale et préventive de l'École de santé publique de l'Université de Montréal, ainsi que Gabriel Girard, stagiaire postdoctoral à l'Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal, pour avoir dirigé et codirigé ce mémoire de maîtrise. Merci de m'avoir fait bénéficier de votre expertise et de m'avoir fourni de précieux conseils. Merci de m'avoir encouragé tout au long de ce processus.

Je remercie également Nafeesa Jalal, doctorante en santé publique à l'Université du *Western Cape*, qui m'a autorisé à utiliser sa base de données afin de pouvoir réaliser mon projet de maîtrise. Sans sa grande générosité je n'aurais jamais pu compléter ce mémoire.

Je tiens à remercier mes parents, Marc et Françoise, ainsi que mes amis pour leur soutien et leur patience. Merci d'avoir été là dans les moments critiques, lorsque je devenais insupportable.

Finalement, merci Charles pour ta grande aide et ton support. Ce mémoire n'aurait pas été aussi bien écrit sans tes judicieux conseils.

Encore une fois, merci à toutes et à tous, c'est avec un grand plaisir que je vous dédie ce mémoire.

LISTE DES ACRONYMES

ANC	<i>African National Congress</i>
AVCI	Années de vie corrigées de l'incapacité
CERES	Comité d'éthique de la recherche en santé de l'Université de Montréal
CHW	<i>Community health workers</i>
IRSPUM	Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement
ITSS	Infections transmises sexuellement et par le sang
PIB	Produit intérieur brut
TSC	Travailleuses de santé communautaire
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

INTRODUCTION

C'est au début des années 1980 que le secteur de la santé publique commença à s'intéresser aux différentes formes de violence et de son impact sur les individus. Cette nouvelle perspective concernant la problématique émergea du changement de la conceptualisation des violences ainsi que de la constatation qu'on pouvait les prévenir (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi et Lozano-Ascencio, 2002). Tout d'abord, la santé publique ne favorise pas une approche clinique. C'est-à-dire qu'elle ne se concentre pas sur des patients au niveau individuel. Au contraire, la santé publique favorise une approche populationnelle, où « elle se concentre sur des maladies et des problèmes qui influent sur la santé, et [...] vise à apporter le plus de bien possible au plus grand nombre de personnes » (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi et Lozano-Ascencio, 2002). C'est lors de la 49e Assemblée mondiale de la santé, tenue par l'OMS en 1996, que les États membres reconnurent la violence comme étant un enjeu prioritaire en ce qui a trait à la santé des populations. Cette déclaration découlait de la nouvelle conception de la violence, où celle-ci n'était plus considérée comme étant un enjeu au plan strictement individuel, mais plutôt un phénomène complexe, considérant à la fois les caractéristiques des individus, les relations entretenues par ces derniers, la communauté et la société comme un tout (Reza, Mercy et Krug, 2001).

Un autre changement dans le secteur de la santé publique, concernant la conceptualisation de la violence, s'est effectué lorsque celle-ci s'est mise à considérer son aspect évitable. La santé publique porte une attention particulière à la prévention des maladies et des différents facteurs pouvant influencer sur la santé des populations. En effet, « au lieu de se contenter d'accepter la violence ou d'y réagir, [la santé publique] part du principe qu'il est possible de prévenir les comportements violents et leurs conséquences » (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi et Lozano-Ascencio, 2002). Durant plusieurs décennies, la violence a été un enjeu négligé dans l'agenda de santé publique à l'échelle mondiale, et ce, malgré le fait que cette problématique touche l'ensemble des États et possède un caractère prévisible et évitable (OMS, 2014). Bien que cette situation ait évolué depuis maintenant un peu plus d'une vingtaine d'années, beaucoup de travail demeure à être effectué en matière de prévention. C'est pourquoi les Nations Unies, dans le cadre de leur plan de développement durable, ont « *set a new standard by placing violence prevention at the center of sustainability and of the development of a health, prosperous society,*

both at national and global levels » (Gilligan, Lee, Garg, Blay-Tofey et Luo, 2016). Cette initiative démontre que la prévention des violences est souhaitable, mais, encore plus important, qu'il est possible de réaliser des avancées en concertant les efforts, non seulement des acteurs en santé, mais aussi des autres instances concernées (Gilligan, Lee, Garg, Blay-Tofey et Luo, 2016). Malgré cet effort planétaire, beaucoup de travail demeure à être accompli. En effet, bien que plusieurs études portant sur les violences ont été menées au cours des dernières années, les liens entre les déterminants sociaux et/ou économiques et les violences demeurent à être investigués davantage (Wolfe, Gray & Fazel, 2014). Dans une étude portant sur la santé publique et les violences, les auteurs expliquent : « *Individual-level factors have been investigated in longitudinal cohorts and population-based studies. Several characteristics are predictive of violent offending [...]. However, less is known about neighbourhood and country-level factors* » (Wolfe, Gray & Fazel, 2014). Bien que la violence soit reconnue internationalement comme étant une grave problématique de santé publique, il importe d'améliorer l'état des connaissances sur le sujet. Une meilleure compréhension du phénomène permettrait la mise en place de programmes d'intervention pouvant atténuer les conséquences de tels comportements. De plus, une meilleure compréhension de la perception et de l'expérience vécue par les victimes pourrait améliorer la réponse des autorités et pourrait aussi bonifier l'aide apportée.

Dans le cadre de ce mémoire de maîtrise, il sera question des violences dirigées contre les femmes migrantes en Afrique du Sud. Cet État connaît depuis plusieurs décennies de graves problèmes de violence affectant l'ensemble de sa population. Toutefois, depuis plusieurs années, les violences dirigées contre les populations migrantes ont connu un essor et des attaques violentes ont été rapportées dans différentes provinces du pays. Les femmes, et plus particulièrement les femmes migrantes, demeurent vulnérables aux différentes formes de violence. Bien que des données concernant ces vagues de violences soient disponibles dans la littérature, il a été remarqué une lacune quant à l'information disponible concernant les violences que vivent les femmes migrantes au quotidien, celles-ci trop souvent victimes d'une double discrimination, d'une part due à leur statut de migrantes ou de réfugiées et d'une autre part due à leur genre. En Afrique du Sud, les violences interpersonnelles se classent en deuxième position parmi les facteurs de risques les plus critiques en termes d'années de vie corrigées de l'incapacité (AVCI) (Seedat, Van Niekerk, Jewkes, Suffa, Ratele, 2009). Pays où la prévalence du VIH/SIDA est parmi les plus élevées au monde, cette réalité demeure très inquiétante. La forte

prévalence de la violence entraîne aussi un lourd fardeau sociétal. Selon des études réalisées sur le sujet, celle-ci aurait pour conséquences: la diminution de la cohésion sociale, le ralentissement du développement économique et social, la hausse du taux de mortalité par cause évitable et l'augmentation du nombre de handicaps physiques et psychologiques au sein de sa population (Seedat, Van Niekerk, Jewkes, Suffa, Ratele, 2009; Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi, Lozano-Ascencio, 2002). Les répercussions liées à la violence demeurent multiples et entraînent de lourdes conséquences pour les victimes, tout en affectant la cohésion sociale. Il peut être conclu que la violence est une priorité de santé publique en Afrique du Sud. Afin de comprendre les origines d'une prévalence de la violence aussi élevée, il importe de faire un bref survol historique du pays. Ce retour dans le passé permettra de mieux comprendre l'impact du nombre important de conflits et de tensions intraétatiques auxquels l'État sud-africain a été confronté et dont les conséquences se font encore ressentir aujourd'hui.

UN BREF APERÇU DE L'HISTOIRE DE L'AFRIQUE DU SUD

L'Afrique du Sud, État ayant été colonisé, s'est vu à la fois déchiré entre les mains de différentes puissances coloniales, imposant leur volonté sur le territoire ainsi que sur la population autochtone (Lugan, 2010). Le passage de ces différentes puissances colonisatrices, imposant des reconfigurations territoriales, ont engendré de nombreuses tensions entre les différentes populations vivant en Afrique du Sud. Plusieurs conflits éclatèrent, notamment la *South African Border War* (1966 à 1988), la *première guerre des Boers* (1880-1881) et la *Guerre Anglo-Boer* ou la *seconde guerre des Boers* (1899 à 1902) (Lugan, 1998). La fin de cette dernière guerre marqua le début de la ségrégation raciale. En effet, une série de nouvelles législations et de politiques donneront naissance à ce qui sera baptisé l'apartheid. C'est en 1913 que « la *Loi sur les terres indigènes*, aussi appelée le *Land Act*, divisa le sol de l'Union entre terres réservées aux Blancs d'une part, et en terres réservées au Noir d'une autre part » (Lugan, 2010). La visée première de cette nouvelle législation était de permettre aux entrepreneurs miniers d'obtenir une main-d'œuvre suffisante et à faible coût. En effet, ces derniers préféraient employer des personnes de couleur, leur octroyant une rémunération moindre que celle offerte aux *Boers*. Dès 1912, un parti politique ayant comme ambition de représenter le peuple noir sud-

africain fut fondé. À ses débuts, nommé le *South African Native National Congress*, il sera rebaptisé un peu plus tard : l'*African National Congress* (ANC). Ses « premières revendications [portaient] sur la contestation du *Land Act* de 1913, non parce qu'il établissait une ségrégation territoriale, mais d'abord en raison de son déséquilibre entre terres blanches et terres noires » (Lugan, 2010). L'année 1913 sera aussi marquée par les premières grandes grèves de mineurs noirs. Cependant, ces revendications seront freinées par le début de la Première Guerre mondiale (Lugan, 2010).

En 1920, l'économie du pays devint chancelante dû à l'effondrement du cours des produits miniers à l'échelle internationale. Cette situation précaire poussa les dirigeants miniers à favoriser l'emploi de main d'œuvre noire et de licencier une part importante des mineurs blancs, car la première acceptait des salaires 10 fois moins élevés pour effectuer le même travail. Cette décision ne plut guère à la classe ouvrière blanche qui déclenchera une grève. Celle-ci escalada rapidement en guérilla urbaine. Entre 20 000 et 30 000 insurgés se sont affrontés dans les rues (Lugan, 2010). Le *Apprenticeship Act*, réservant aux Blancs l'enseignement professionnel, et la *Native Urban Areas Act*, leur concédant les zones urbaines, seront les premières politiques discriminatoires en Afrique du Sud (Lugan, 2010). En 1936 et en 1937, les politiques ségrégationnistes se multiplièrent au détriment de la population noire sud-africaine. De nouvelles législations territoriales empêchèrent les Noirs de pouvoir acheter certaines terres cultivables ou encore de migrer vers les centres urbains. De plus, en 1936, le *Representation of Natives Act* fut adopté, celle-ci avait comme objectif de priver la population Noire de la province du Cap de leurs droits électoraux (Lugan, 2010). C'est en 1940 que l'ANC implantera un programme basé sur l'égalité politique entre les populations blanches et noires ainsi que sur l'abolition des lois ségrégationnistes afin de lutter contre l'institutionnalisation du racisme (Lugan, 2010).

Cependant, malgré ces revendications, le Parti national, élu au pouvoir en 1948, imposera le système de l'apartheid à l'échelle nationale. L'apartheid, signifiant séparation, avait comme visée politique une division sociale et territoriale entre les différentes populations vivant en Afrique du Sud au moyen de lois spéciales (Lugan, 2010). Cette politique raciste sera extrêmement contraignante pour la population noire. Son but premier était d'empêcher le métissage de la population, conception découlant de croyances religieuses *afrikaners*. Ce sont sur ces bases qu'a été adopté le *Prohibition of Mixed Marriages Act* (1949), bannissant les mariages interracial, et le *Immorality Amendment Act* (1950), interdisant les relations sexuelles entre

différentes cultures. Bien que toutes ces politiques et législations serviraient à renforcer l'idéologie de l'apartheid, c'est le *Population Registration Act* (1950), ayant comme finalité de définir et de classer les différents groupes raciaux vivants en Afrique du Sud, qui sera considéré comme étant « le texte fondamental de l'apartheid – sa loi organique » (Fauvelle-Aymar, 2006). La même année, le *Group Areas Act*, redessinerait les villes sud-africaines afin d'y imposer des secteurs de résidences et d'activités qui seraient réservés aux blancs, au détriment de la population noire (Fauvelle-Aymar, 2006). Cette nouvelle législation aura comme conséquence un réaménagement du territoire qui divisera d'autant plus la population blanche et noire. Cette séparation raciale se renforcera avec l'adoption du *Reservation of Separate Amenities Act*, de 1953. Cette Loi :

Légalisera l'inégalité en instituant des accès des services ou des espaces différents dans les lieux publics (bancs, ascenseurs, entrées de bâtiments administratifs, bureaux de poste, cimetières, etc.) ou en réservant l'admission de certains lieux (jardins publics, hôtels, restaurants, piscines, etc.) à tel ou tel groupe. [...] Ce sont ces mesures qui provoqueront l'efflorescence des fameuses pancartes « *White Only* ». (Fauvelle-Aymar, 2006).

En somme, toutes ces politiques transformeront l'espace géographique de l'Afrique du Sud, mais encore plus important, créeront de profonds clivages sociaux et des tensions entre un peuple qui demeurera divisé durant de nombreuses décennies.

De 1956 à 1960, des émeutes noires se multiplièrent afin de manifester contre ces politiques racistes et répressives. Plusieurs de ces revendications prendront des tournures violentes. En 1949, l'ANC, devenue clandestine, connut un changement drastique lorsque furent remplacées les anciennes têtes dirigeantes par les chefs de la *Youth League* (Lugan, 2010). Le nouveau comité exécutif radicalisera l'organisation politique en incitant la population à prendre les rues d'assaut, à manifester et encouragera la désobéissance civile. En 1961, l'organisation mettra en place une armée qui prendra le nom de l'*Umkhonto*. Cette milice sera tenue responsable de nombreux attentats à travers le pays, ce qui vaudra pour le futur président de l'Afrique du Sud, Nelson Mandela, ainsi que ses acolytes de l'ANC, une condamnation à la prison à vie en 1963 (Lugan, 2010). En 1989, l'élection au pouvoir de Frederik De Klerk marquera le début de la période de transition en Afrique du Sud. Ce dernier décriminalisera l'ANC et entamera des négociations avec l'organisation afin de mettre en place une politique plus égalitaire que celle imposée par l'apartheid. Ces négociations aboutiront en ce qui fut nommé les *Sunset Clause* qui consisteront à instaurer un partage du pouvoir plus représentatif à l'échelle nationale. Le régime de l'apartheid sera graduellement aboli, tout en garantissant à la

minorité blanche la conservation d'une part importante des pouvoirs institutionnels (Lugan, 2010). Cependant, en 1994, la politique sud-africaine connaîtra un vent de changement lorsque Nelson Mandela remportera les premières élections multiraciales à la tête de l'ANC, ce dernier ayant été libéré de prison en 1990. Ce changement politique posera les premiers jalons de l'ère post-apartheid en Afrique du Sud, où sera adoptée la nouvelle constitution en 1996 (Fauvelle-Aymar, 2006). Malgré ce changement politique drastique et cette révolution d'ordre juridique, « il n'empêche que la réalité de la ségrégation, légalement abolie, mais toujours papable, continue de déterminer profondément les itinéraires sociaux et spatiaux de la grande majorité des Sud-Africains » (Fauvelle-Aymar, 2006).

En somme, plusieurs facteurs historiques peuvent expliquer l'incidence élevée du recours à la violence en Afrique du Sud. L'histoire de l'État sud-africain nous renseigne grandement sur les conséquences de l'apartheid, régime politique inégalitaire, discriminant et raciste, ayant été au cœur de la politique sud-africaine durant plusieurs décennies. Celui-ci a engendré de profonds clivages sociaux et a laissé place à une forme de culture de la violence à l'échelle nationale. Les profondes iniquités sociales, perdurant au pays malgré la chute du régime opprimant, contribuent d'une part à l'explication de l'usage normalisée de la violence. La littérature montre l'existence d'une association positive entre les iniquités sociales et économiques et le recours à la violence (Ward et al., 2012). En effet, les disparités salariales, le faible développement économique, les inégalités entre les sexes, etc. sont tous des enjeux qui peuvent contribuer aux taux de violences élevés. La pauvreté, la frustration liée aux manques de ressources, additionnés à l'urbanisation rapide, la faible cohésion sociale, la densité élevée de la population sud-africaine et une pénurie de logements sont des facteurs pouvant aussi expliquer le recours à la violence (Seedat, Van Niekerk, Jewkes, Suffa, Ratele, 2009).

QUESTION DE RECHERCHE ET OBJECTIFS

Depuis le milieu des années 90, un nouveau phénomène inquiétant a fait son apparition dans plusieurs *townships* au pays. C'est-à-dire des vagues de violence xénophobe dirigées exclusivement à l'encontre de migrants et de réfugiés venus s'installer en Afrique du Sud. La xénophobie peut être définie comme étant : « *hatred or fear of foreigners and strangers* ('the

other'), which can be expressed in murder, violence, discrimination, verbal abuse and public hostility by residents towards migrants » (Crush et Pendleton, 2007). Ces vagues de violences, atteignant des seuils alarmants lors du printemps 2008, ont eu de nombreuses conséquences pour ses victimes, affectant leur santé et mettant leur vie en péril (Misago, Monson, Polzer et Landau, 2010). Cette situation est venue renforcer la vulnérabilité de cette population trop souvent ostracisée. Tel que mentionné précédemment, plusieurs études portant sur cette problématique sont disponible dans la littérature. Cependant, il existe peu d'études s'intéressant aux violences que vivent les femmes migrantes en Afrique du sud. Dans le cadre de ce mémoire, la visée sera de contribuer à améliorer l'état des connaissances sur le sujet. Les conclusions de cette recherche, nous l'espérons, pourront fournir une meilleure compréhension de l'impact des violences sur les femmes migrantes vivant en Afrique du Sud, de comment celle-ci influe sur leur quotidien, sur leur santé physique et psychologique et, finalement, de mieux saisir l'origine de ces violences contre cette population vulnérable. Pour ce faire, nous tenterons de répondre à la question de recherche suivante:

Comment les femmes migrantes, qui vivent dans des contextes élevés de violence en Afrique du Sud, représentent et intègrent les violences dans leurs récits concernant leur quotidien, leur santé et leur recherche de soins ?

Les objectifs de cette question de recherche de nature qualitative seront :

1. D'identifier les types de violences que vivent ces femmes migrantes,
2. De comprendre comment elles les intègrent et comment elles la communiquent afin d'en dégager les différentes représentations qu'elles en font.

Dans le cadre de cette recherche, la violence sera comprise comme étant un phénomène que les migrantes ont pu être témoins ou bien qu'elles ont personnellement subi. De plus, la violence vécue dans le pays d'origine, pendant la migration ainsi qu'en Afrique du Sud sera considérée. Finalement, dans le cadre de cet exercice, la violence sera définie comme étant :

La menace ou l'utilisation intentionnelle de la force physique ou du pouvoir contre soi-même, contre autrui ou contre un groupe ou une communauté qui entraîne, ou risque fortement d'entraîner un traumatisme, un décès, des dommages psychologiques, un mal développement ou des privations (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi et Lozano-Ascencio, 2002).

Cette définition a été retenue, car elle met l'accent tant sur les violences physiques que psychologiques que peuvent subir les victimes. Au terme de nos analyses, un lien a été établi entre les différentes violences interpersonnelles et collectives recensées et une forme de violence

structurelle ancrée en Afrique du Sud, conséquence des années passées sous le régime de l'apartheid. La violence structurelle peut être décrite de la manière suivante:

[...] The arrangements are structural because they are embedded in the political and economic organization of our social world; they are violent because they cause injury to people (typically, not those responsible for perpetuating such inequalities) (Farmer, Nizeye, Stulac, Keshavjee, 2006).

Les liens établis entre ces différentes formes de violence seront détaillés dans le chapitre discussion de ce mémoire de maîtrise.

Chapitre 2 :

Recension des écrits

Le deuxième chapitre de ce mémoire de maîtrise a pour objectif de présenter la revue de la littérature qui a été effectuée. Cette recension permet d'établir le lien entre notre domaine d'étude, la santé publique, et notre problématique d'intérêt, la violence. Elle permet aussi de renseigner le lecteur quant à cette problématique en Afrique du Sud et, plus particulièrement, sur la violence touchant les migrants. Tout d'abord, la typologie de la violence utilisée dans le cadre de ce mémoire sera présentée, ceci permettra au lecteur de comprendre la manière dont a été organisé l'analyse des données. Ensuite, les connaissances portant sur la violence à l'échelle internationale seront présentées par l'entremise d'un bref portrait épidémiologique. Elle renseignera aussi le lecteur sur les coûts, les conséquences ainsi que les racines de la violence à l'échelle globale. Par la suite, nous présenterons la problématique de la violence en Afrique du Sud, pays d'intérêt dans le cadre de ce travail. Ceci dressera le portrait de la situation et aidera le lecteur à mieux comprendre ses causes. Finalement, un regard sera porté sur la question de la migration en Afrique du Sud. Les différentes adversités rencontrées par les migrants sur une base quotidienne y seront présentées. Cette revue de la littérature a été organisée à la manière d'un entonnoir, commençant par l'aspect le plus étendu, c'est-à-dire la question de la violence à l'échelle mondiale, pour ensuite présenter la problématique en Afrique du Sud puis, finalement, pour s'intéresser à la violence vécue par notre population d'intérêt; les migrants.

Il serait important de préciser que cette recension des écrits a été effectuée de manière itérative. La section présentant les données concernant la violence à l'échelle internationale a été effectuée avant l'analyse de données. Les sections portant sur l'Afrique du Sud ainsi que les violences vécues par les migrants ont été effectuées pendant et à la suite de l'analyse des données. Cette façon de procéder nous a permis d'approfondir les connaissances portant sur les différentes thématiques de violence rapportées par les femmes ayant participé aux entretiens et ainsi pouvoir en faire la comparaison dans notre discussion. Dans le cadre de ce minutieux exercice, les bases de données exploitées ont été : *Pubmed*, *PsychInfo* et *Google Scholar*. L'anglais a été priorisé étant la langue de publication scientifique la plus répandue. Cependant, une traduction des mots-clés et une recherche en français ont permis de recenser quelques articles qui n'avaient pas été trouvés lors de la recension initiale. Les principaux mots-clés retenus sont: violence basée sur le genre, santé publique, Afrique du Sud, crime, morts violentes, homicides, agression sexuelle, épidémiologie. Tout au long de cette recension, des critères d'exclusions ont été appliqués. Les études ayant été réalisées exclusivement sur les travailleuses du sexe ou des mines, celles portant

sur des habitudes de vie ou des maladies spécifiques, celles portant exclusivement sur l'accès à la médication ou sur les politiques d'immigration ont été exclues. Ces exclusions peuvent être justifiées par le fait que l'objectif de cette revue est de présenter la violence dans son ensemble en Afrique du Sud, nous avons donc décidé d'exclure les articles portant sur des thèmes très spécifiques. Les articles publiés avant 1994, date officielle de l'abolition du régime de l'apartheid en Afrique du Sud, ont également été exclus. Une liste des principaux mots-clés a été dressée et utilisée à l'intérieur des différents moteurs de recherches. Une centaine d'articles ont été repérés lors de la recension. Cependant, après avoir effectué une première revue sommaire de leur contenu et en appliquant les critères d'exclusions, 64 articles ont été retenus et inclus. Les articles employant une méthodologie qualitative ont été favorisée dans cette revue de la littérature. Nous avons aussi inclus plusieurs recherches quantitatives afin d'exposer la problématique de la violence dans une perspective de santé publique. Plus précisément, pour présenter les similitudes et les différences régionales, entre les sexes, entre les différents groupes d'âges, etc. Une revue systématique a été inclut ainsi que 4 rapports, dont trois menés par l'OMS et un par le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD). La principale limite notée dans les recensions des écrits réalisées est qu'aucune étude ne portait sur la violence à l'endroit de partenaire intime vécue par les migrantes en Afrique du Sud.

LA VIOLENCE COMME ENJEU DE SANTE PUBLIQUE

Tel que mentionné en introduction de ce mémoire, c'est lors de la 49e Assemblée mondiale de la santé, tenue par l'OMS, que les États membres, par l'entremise de la résolution WHA 49.25 1996, ont reconnu la violence comme important enjeu de santé publique. Ensemble, ils ont défini une première typologie de la violence adoptée internationalement (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi et Lozano-Ascencio, 2002). Bien qu'aujourd'hui, il en existe plusieurs, dans le cadre de ce mémoire de maîtrise, nous avons décidé d'emprunter celle présenté dans le Rapport mondial sur la violence et la santé, publié par l'OMS en 2002.

La typologie de la violence

Le rapport mondial sur la violence en la santé divise les types de violence en trois grandes typologies : les violences interpersonnelles, les violences auto-infligées ainsi que les

violences collectives (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi, Lozano-Ascencio, 2002). Cette catégorisation a été favorisée, car elle permet de distinguer la violence que s'inflige une personne, la violence infligée par une autre personne ou par un petit groupe de personnes et la violence infligée par de grands groupes, tels que des États, des groupes politiques organisés, des milices, des organisations terroristes, etc. (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi, Lozano-Ascencio, 2002). Ces grandes catégories se divisent en différents thèmes afin d'amener encore plus de précision. Dans le cadre des analyses, les violences interpersonnelles ainsi que les violences collectives ont été les seules typologies retenues, la violence auto-infligée ne répondant pas à l'objectif visé dans la cadre de ce projet de recherche.

Toujours selon le rapport mondial sur la violence et la santé (OMS 2002), les violences interpersonnelles se divisent en deux groupes distincts: la violence familiale et à l'endroit de partenaires intimes et la violence communautaire. La première catégorie comprend « la violence entre membres d'une famille et entre partenaires intimes de manière générale. Ce type de violence se produit habituellement, mais pas exclusivement, dans le foyer » (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi, Lozano-Ascencio, 2002). Tel que précisé dans le document, ce type de violence touche particulièrement les enfants, les partenaires intimes et les personnes âgées. La deuxième catégorie, c'est-à-dire la violence communautaire, est définie comme étant « la violence entre des personnes qui ne sont pas apparentées et qui peuvent ne pas se connaître. Ce type de violence survient généralement à l'extérieur du foyer » (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi, Lozano-Ascencio, 2002). Plus précisément, elle peut être ciblée ou pas, et comprend: la violence physique, sexuelle, psychologique et les privations et/ou la négligence (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi, Lozano-Ascencio, 2002). La violence collective englobe la violence politique, sociale et économique. Les motifs du recours à celle-ci découlent souvent d'objectifs sociaux, tels que des crimes haineux, des actes terroristes, etc. Elle comprend aussi les guerres et conflits violents. Finalement, elle peut être motivée par la recherche de gains économiques, peut servir à perturber l'activité économique, ou encore, à fragmenter une économie (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi, Lozano-Ascencio, 2002). À l'aide de cette typologie, la prochaine section de la revue de la littérature présente un bref portrait épidémiologique de la violence à l'échelle mondiale, ceci dans le but de mieux saisir l'ampleur du phénomène qu'est la violence, mais aussi d'exposer certaines limites méthodologiques portant sur la problématique. Il serait important de préciser que ce portrait ne se veut pas exhaustive, car ceci dépasserait les objectifs fixés pour ce mémoire

de maîtrise. Elle présente plutôt des articles pertinents afin de renseigner le lecteur.

Bref portrait épidémiologique de la violence

Plusieurs études recensées révèlent qu'au début des années 2000, environ 1,6 million de personnes avaient péri à la suite d'actes violents auto-infligés, interpersonnels ou collectifs à l'échelle internationale (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi et Lozano-Ascencio, 2002; Rezaiean, 2009; Rosenberg, Butchart, Mercy, Narasimhan, Waters et Marshall, 2006). De cette statistique largement utilisée, différents chercheurs, exposent diverses réalités. Dans une première étude, il est évoqué que de ce 1.6 million, 34% des décès étaient directement attribuables aux violences interpersonnelles (Rosenberg, Butchart, Mercy, Narasimhan, Waters et Marshall, 2006). Un autre auteur révèle que de ce nombre, près de la moitié des décès étaient attribuables au suicide et que le tiers était la conséquence d'homicides (Rezaiean, 2009). Finalement, les conclusions d'autres études révèlent que de ce 1.6 million, 90% de tous les décès attribuables à la violence se produisent à l'intérieur des frontières de pays à faible et moyen revenu (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi et Lozano-Ascencio, 2002; Rosenberg, Butchart, Mercy, Narasimhan, Waters et Marshall, 2006; OMS, 2014). D'autres études notent d'importantes variations entre différentes régions du globe. Par exemple, selon certains auteurs, l'Afrique et l'Amérique seraient les deux continents ayant les plus hauts taux d'homicide, alors que l'Europe et l'Asie du Sud-Est seraient les deux régions ayant les taux les plus faibles, tous groupes d'âges confondus (Rezaiean, 2009). Il est aussi estimé qu'environ un milliard et demi d'individus vivent dans des climats d'insécurité, de peur, de conflits armés, de crimes organisés, etc. (Reza, Mercy et Krug, 2001) ce qui peut faire grandement varier les statistiques observées selon les différentes dynamiques régionales. En somme, bien que la violence demeure une cause significative de mortalité, touchant tous les pays, plusieurs études montrent qu'elle n'est pas répartie de façon équitable d'un pays à l'autre, où certaines populations demeurent plus vulnérables que d'autres (OMS, 2014).

Bien qu'une multitude d'articles portant sur la violence aient été publiés au cours des dernières années, les chercheurs s'intéressant à cette problématique sont souvent confrontés à certaines limites méthodologiques. Celles-ci sont attribuables à la quantité et à la qualité des données disponibles, où plusieurs États, et surtout ceux de revenu faible et moyen, ne recensent pas les données portant sur les morts violentes (Rosenberg, Butchart, Mercy, Narasimhan, Waters et Marshall, 2006). Bien qu'il soit connu que des agressions de toutes sortes sont

commises de manière quotidienne à travers le globe, les estimations nationales et internationales demeurent souvent imprécises. Les données disponibles proviennent souvent d'études spécifiques ou des registres d'autorités où celles-ci proviennent de témoignages d'intéressés (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi et Lozano-Ascencio, 2002). De plus, le nombre de déclarations recueillies par les autorités serait considéré comme étant 9 fois moins élevé qu'en réalité (Seedat, Van Niekerk, Jewkes, Suffa, Ratele, 2009). Finalement, les données épidémiologiques concernant la problématique au niveau international sont peu nombreuses et pourraient être considérées désuètes. En effet, les données fréquemment utilisées par les auteurs dans le cadre de leurs recherches datent des années 1990 ou du début des années 2000. Par exemple, une étude épidémiologique, publiée au début des années 2000, recensée dans le cadre de cette revue de la littérature, portant expressément sur la violence, corroborait des données intéressantes et pertinentes sur le sujet (Reza, Mercy, Krug, 2001). Toutefois, ces données dataient des années 1990. Considérant l'évolution rapide de la situation globale, cette situation laisse croire que le portrait présenté pourrait être biaisé lorsqu'utilisée de nos jours. Ces réalités ont été prises en compte dans le cadre de la recension des écrits, où aucune généralisation n'a été tirée des données utilisées. En somme, ceci dresse un bref portrait de la situation à l'échelle internationale et de ses limites méthodologiques. La prochaine section de cette recension présente les coûts et les conséquences de la violence dans une perspective globale.

Les coûts et les conséquences de la violence

Pour des raisons méthodologiques, il est difficile d'estimer précisément les coûts directs et indirects qu'engendre la violence annuellement, tant au niveau national qu'international. Tout d'abord, très peu d'États possèdent des systèmes permettant de quantifier les coûts associés aux nombreuses conséquences de la violence non létale, tels que les handicaps ainsi que les problèmes physiques, psychologiques et socioéconomiques qu'elle engendre. De plus, les systèmes existants ne peuvent qu'enregistrer les données des victimes s'étant présentées dans les hôpitaux afin de recevoir des soins ou celles ayant dénoncé les méfaits aux autorités. En ce qui a trait aux violences létales, tel que mentionné précédemment, ce ne sont pas tous les États qui recensent les données concernant les morts violentes, ce qui engendre de grandes disparités quant aux données disponibles d'un État à l'autre. Cependant, malgré ces limites, les chercheurs

s'entendent sur le fait que les coûts directs et indirects associés à la violence demeurent importants, étant donné qu'il est connu que cette problématique a un impact important sur les dépenses en matière de santé et de services sociaux à l'échelle mondiale (Rosenberg, Butchart, Mercy, Narasimhan, Waters et Marshall, 2006; Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi et Lozano-Ascencio, 2002). Les auteurs s'entendent aussi sur le fait que la violence a un impact indirect sur les économies nationales et même locales : retardant la croissance du développement économique, accentuant les iniquités sociales, faisant décliner le capital humain et social, multipliant les dépenses étatiques en matières juridiques et d'application de la loi, etc. (Waters, Hyder, Rajkotia, Basu, et Butchart, 2004).

Les conséquences d'actes violents sont nombreuses pour les victimes qui la subissent. Des études montrent que les victimes de maltraitances durant l'enfance, de violences conjugales et sexuelles sont exposées à un large éventail de répercussions sur leur santé, à la fois physique et psychologique, qui peuvent perdurer toute une vie. Parmi ces conséquences, les auteurs énumèrent : l'anxiété, les troubles alimentaires, l'insomnie, la dépression, les troubles cognitifs, les troubles psychosomatiques, le stress post-traumatique, les maladies transmises sexuellement, les grossesses non désirées, etc. (OMS, 2014; Rosenberg, Butchart, Mercy, Narasimhan, Waters et Marshall, 2006) De plus, ils évoquent aussi que les victimes d'actes violents sont plus enclines à adopter des comportements à risque (tabagisme, alcoolisme, toxicomanie, etc.) qui, à long terme, peuvent augmenter les risques de cancers, de maladies cardio-vasculaires, de diabète et de maladies chroniques, etc. (OMS, 2014; Rosenberg, Butchart, Mercy, Narasimhan, Waters et Marshall, 2006). Finalement, les coûts directs défrayés par les victimes d'actes violents et leurs familles peuvent mener à d'importantes pertes économiques et sont aussi considérés parmi les nombreux effets néfastes de la violence recensés dans la littérature. Ces pertes sont reliées aux dépenses engendrées par les traitements suivis, la réhabilitation, mais comprennent aussi la perte de productivité liée aux blessures et aux handicaps pouvant affecter le revenu des ménages (OMS, 2014). À la suite du bref portrait épidémiologique ainsi que de la présentation des coûts et des conséquences de la violence, dans une perspective globale, la prochaine section renseigne le lecteur sur les racines de la violence.

Comprendre les racines de la violence

Tel que souligné par de nombreux auteurs, il n'existe pas de facteur unique pour expliquer le recours à la violence de la part de certains individus. En effet, la violence serait le résultat d'une interaction complexe de facteurs individuels, relationnels, sociaux, culturels et environnementaux (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi et Lozano-Ascencio, 2002; Rosenberg, Butchart, Mercy, Narasimhan, Waters et Marshall, 2006). Au niveau individuel et relationnel, par exemple, il est reconnu que les jeunes hommes âgés entre 15 et 29 sont les plus vulnérables face au crime en général et sont plus souvent impliqués dans des activités de nature criminelle et/ou violente (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi et Lozano-Ascencio, 2002). En 2000, environ 520 000 homicides ont été rapportés dans le monde. De ce nombre, il est répertorié que « 77% des cas, les victimes étaient des hommes, pour qui les taux étaient plus de trois fois supérieurs à ceux des femmes (13,6 et 4,0 pour 100 000 habitants respectivement) » (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi et Lozano-Ascencio, 2002; OMS, 2014). Les hommes demeurent la population la plus vulnérable aux homicides. Toutefois, les femmes et les enfants restent les populations les plus vulnérables en matière de violences sexuelles. En effet, un peu plus d'une femme sur trois (35%) aurait déjà fait l'expérience de violences physiques ou sexuelles de la part d'un partenaire intime ou de violences sexuelles commises par quelqu'un n'étant pas un partenaire intime. Globalement, il est estimé qu'environ 20% de jeunes filles et 10% de jeunes garçons seront abusés sexuellement durant leur enfance (OMS, 2014). En somme, à travers ces exemples, nous comprenons que différents facteurs individuels et relationnels, tels que le sexe et les relations entre les genres, influencent la vulnérabilité et le recours à la violence.

D'autres justifications ont vu le jour afin d'expliquer le recours à la violence en mettant en évidence des facteurs socioéconomiques. Plus précisément en établissant une corrélation entre les opportunités économiques ou encore entre les niveaux de revenus et les taux d'homicides et de suicides à l'intérieur de différents États. Dans une première source, les chercheurs ont établi une corrélation positive entre les taux de morts violentes dans 40 pays et les différents niveaux de revenu. La principale conclusion de l'étude est qu'une distribution des opportunités sociales et économiques équitable favoriserait une intégration plus élevée de la part de la population. Ceci diminuerait les taux d'homicides et de suicides. Selon les auteurs, le recours à la violence de la part de ces populations serait moins fréquent que dans des États ayant de grandes disparités

sociales et économiques (Gilligan, Lee, Garg, Blay-Tofey et Luo, 2016). D'autres chercheurs ont observé une corrélation entre les taux de suicides et/ou d'homicides et les taux d'iniquités socioéconomiques et de chômage. Ces derniers ont tiré deux principales conclusions de leurs observations. La première étant que, lorsque les taux d'homicides et de suicides étaient combinés, ceux-ci se révélaient être fortement corrélés avec les taux de chômage. La seconde conclusion de l'étude est que les indicateurs socioéconomiques seraient plus significatifs lorsque corrélés aux taux de suicides et d'homicides afin d'expliquer le recours à la violence, plutôt que l'utilisation d'indicateurs individuels (âge, sexe, etc.) (Lee et al. 2014). Une autre étude recensée, portant sur les iniquités salariales et les crimes violents, fait état de résultats similaires (Wolfe, Gray & Fazel, 2014). Les auteurs ont utilisé le niveau de revenu comme variable dépendante et des taux d'homicides, d'agressions et de vols comme variables indépendantes. L'hypothèse suivante y est formulée : les disparités salariales seraient associées aux actes violents dans tous les pays. Le modèle de régression inclut 140 pays pour les homicides, 128 pour les agressions auto rapportées, 80 pour les agressions officielles et 91 pour les vols. Les analyses montrent une association positive entre l'urbanisme et les agressions et vols dans les pays au revenu élevé. Elles montrent aussi que les iniquités salariales seraient associées aux meurtres et aux agressions auto rapportées dans les pays à revenu faible et moyen. Elle rapporte aussi que la consommation d'alcool serait associée aux taux d'agressions auto rapportées, et ceci, à l'échelle mondiale. Les résultats confirment l'hypothèse formulée par les auteurs, c'est-à-dire que les taux de criminalités élevés auraient un impact néfaste sur la cohésion sociale, ceux-ci étant associés aux disparités et opportunités économiques (Wolfe, Gray & Fazel, 2014). En somme, les iniquités économiques et la pauvreté ont retenu l'attention de nombreux auteurs afin d'expliquer les variations des taux de criminalités, d'homicides et de suicides à l'intérieur de différents États.

Finalement, au niveau politique, plusieurs facteurs peuvent influencer l'exposition à la violence chez les individus. Des études se sont penchées sur l'influence de la gouvernance et de l'impact des facteurs socioéconomiques afin de mesurer le recours à la violence à l'intérieur des diverses populations. Tout d'abord, un auteur explique que les États démocratiques sont moins susceptibles de connaître des conflits interétatiques, mais aussi intra étatiques. Selon les tenants de cette théorie, à l'intérieur des démocraties, les citoyens sont en mesure d'exercer des pressions et une influence sur le gouvernement, ce qui permettrait d'éviter les conflits qui pourraient avoir des répercussions sur la vie des citoyens. Toujours selon cette théorie, ce serait les régimes

intermédiaires, c'est-à-dire ceux partageant à la fois des traits autocratiques et démocratiques, qui seraient les plus vulnérables aux violences structurelles et aux guerres civiles, principalement en raison de leur instabilité politique (Gilligan, Lee, Garg, Blay-Tofey et Luo, 2016). Les États possédant des structures sociales et des mécanismes institutionnels efficaces ont souvent des taux de criminalités moins élevés et ont plus de facilité à mener les procédures judiciaires nécessaires face aux actes violents. Il existerait aussi une corrélation entre les taux de criminalités et d'homicides et les indicateurs suivants : l'État de droit, la stabilité politique et le contrôle de la corruption (Cole et Marroquin Gramajo, 2009). En somme, les États ayant une structure gouvernementale et des institutions plus faibles sont considérés plus à risque de détenir de taux plus élevés de violence interpersonnelle que des États possédant une structure et des institutions stables et développées » (Rosenberg, Butchart, Mercy, Narasimhan, Waters et Marshall, 2006). Une telle conclusion peut être expliquée par le fait que le politique et les différentes dispositions politiques d'un État influencent les indicateurs clés de la prévention de la violence tels que : les iniquités, l'urbanisme, la pauvreté, le développement économique, etc. (Gilligan, Lee, Garg, Blay-Tofey et Luo, 2016). À la lumière de ces informations, nous comprenons que la violence demeure un enjeu complexe et plurifactoriel, qui gagnerait à être davantage étudié d'un angle de santé publique. Ceci conclut la première section de cette recension portant sur la violence dans une perspective globale de santé publique. Il sera à présent question cette problématique à l'intérieur du pays d'intérêt; l'Afrique du Sud.

PORTRAIT DE LA VIOLENCE EN AFRIQUE DU SUD

L'Afrique du Sud possède des taux de violences parmi les plus élevés du monde (Norman, Matzopoulos, Groenewald, Bradshaw, 2007; Van Nieberk, Tonsing, Seedat, Jacobs, Ratele, McClure, 2015; Shaw et Gastrow, 2001). Ce pays possède des taux très élevés d'homicide entre partenaires intimes (8,8 par 100 000) et d'homicides infantiles (14 par 100 000 pour les filles et 11,7 par 100 000 pour les garçons). Il est estimé que 3.5 millions de personnes par année ont recours aux services de soins de santé pour traiter des blessures non fatales liées à la violence interpersonnelle (Seedat, Niekerk, Jewkes, Suffla, Kopano, 2009). Bien que les hommes demeurent plus vulnérables aux homicides, l'Afrique du Sud détient un des plus hauts taux de femmes tuées par armes à feu dans un pays n'étant pas en guerre (Abrahams, Jewkes,

Mathews, 2010). Des chercheurs ont aussi montré que les homicides surviennent plus fréquemment dans les espaces publics, lors de la fin de semaine ou des périodes de fête, c'est-à-dire dans des contextes où la consommation d'alcool est répandue (Seedat, Niekerk, Jewkes, Suffla, Kopano, 2009).

Concernant les violences infantiles, une étude réalisée, dans la province de Gauteng en 2003, montre que 40% des cas d'agressions sexuelles dénoncés avaient été perpétrés sur des enfants de moins de 18 ans, que 15% de ces cas avaient été sur des enfants de moins de 12 ans et que dans 2,8% des cas les victimes étaient âgées entre 1 et 3 ans. Dans cette même étude, les auteurs expliquent que la majorité des cas (84%) les jeunes victimes d'agressions sexuelles connaissaient leur agresseur (Seedat, Niekerk, Jewkes, Suffla, Kopano, 2009). Les enfants sont aussi vulnérables aux violences physiques et psychologiques ainsi qu'à de la négligence. Toujours selon cette même étude, entre 35% et 45% des enfants avaient été témoins de violence domestique, 15% avaient souffert de négligence dû à l'alcoolisme, 30% ont mentionné avoir fréquemment changé de milieu familial et 35% d'entre eux avaient perdu un parent ou étaient orphelins, la principale cause de décès associés aux VIH/SIDA (Seedat, Niekerk, Jewkes, Suffla, Kopano, 2009).

La violence à l'endroit d'un partenaire intime, est un grave enjeu de santé publique en Afrique du Sud (Gass, Stein, Williams, Seedat, 2011). Selon certains auteurs, entre 25% et 55% des femmes y vivant ont été victimes de violence physique de la part d'un partenaire intime (Jewkes et Morrell, 2010; Jewkes, Penn-Kekana, Levin, Ratsaka, Schrieber, 2001). De plus, le taux d'homicides conjugaux serait six fois supérieur à la moyenne mondiale (Jewkes et Morrell, 2010). Bien que les chiffres datent quelque peu, dans un pays d'approximativement 40 millions de personnes, on estime que cinq femmes sont tuées chaque semaine par un partenaire intime (Vetten, 1995, cité dans Jewkes, Levin, Penn-Kekana, 2003). Il serait pertinent de souligner que la violence physique subie par les victimes est généralement accompagnée d'abus psychologiques et émotionnels, de dépréciation délibérée, du contrôle des interactions sociales et des sorties, de la privation de ressources financières et matérielles, voir même de l'expulsion de la demeure familiale (Jewkes, Penn-Kekana, Levin, Ratsaka, Schrieber, 2001; Jewkes, Levin, Penn-Kekana, 2002).

Les causes de la violence en Afrique du Sud

Afin d'expliquer la forte prévalence de violences interpersonnelles en Afrique du Sud, de nombreuses causes ont été répertoriées par des chercheurs s'intéressant à cette problématique. Parmi les raisons les plus fréquemment citées par les auteurs, on retrouve: le contexte historique, les facteurs économiques (la pauvreté, les iniquités sociales, le chômage, etc.), la forte présence des iniquités entre les genres au sein de la société sud-africaine ainsi qu'une consommation élevée de drogues et d'alcool (Norman, Matzopoulos, Groenewald, Bradshaw, 2007; Seedat, Niekerk, Jewkes, Suffla, Kopano, 2009; Ward et al. 2012).

Une première explication fournie par les auteurs afin d'expliquer les taux élevés du recours à la violence est liée au contexte historique de l'Afrique du Sud. Les auteurs expliquent : « this pervasive violence may be the legacy of South Africa's socio-political history of apartheid and violent repression, combined with ongoing socio-economic inequality and deprivation » (Kaminer, Grimsrud, Myer, Stein, Williams, 2008). Ces derniers mentionnent que l'abolition du régime de l'apartheid a amené une réduction considérable des violences de nature politique. Cependant, l'ère post-apartheid est aussi marquée par une augmentation des taux de violences interpersonnelles. Cette explication du recours à la violence, partagée par de nombreux chercheurs, est l'une des plus fréquemment mentionnées dans la littérature. Elle servirait aussi à expliquer une tendance ou même une « culture » de la violence en Afrique du Sud, qui peut être décrite comme étant : « [...] a situation in which social relations and interactions are governed through violent, rather than non-violent, means » (Harris, 2002). Celle-ci prend racine dans la structure politique ségrégationniste imposée par le régime de l'apartheid et, comme l'expliquent plusieurs auteurs, a été légitimée par la classe politique qui employait et maintenait une violence structurelle étatique afin de conserver l'ordre raciste établi (Harris, 2002).

De nombreux auteurs s'entendent aussi pour affirmer que les clivages économiques en Afrique du Sud, figurant parmi les conséquences des années où le pays a vécu sous le joug de l'apartheid, seraient une cause du recours de la violence (Kingdon, Knight, 2004; Adepoju, 2003; Coovadia, Jewkes, Barron, Sanders, McIntyre, 2009; London, 2003; Aliber, 2003). Malgré le fait que l'Afrique du Sud soit considérée comme étant une des puissances économiques du continent Africain, ce pays possède une des économies les plus fragmentées et asymétriques au monde. Bien que l'économie sud-africaine se soit stabilisée depuis la fin des années 1990,

favorisant des politiques d'accessibilité aux logements, aux soins de santé et à l'éducation, de nombreux défis perdurent. En effet, l'État reste aux prises avec de hauts taux de chômage, une pauvreté intergénérationnelle, une faible croissance économique, une faible diversité d'emploi, etc. affectant principalement la population noire (Adepojou, 2003). En effet, dès l'instauration de l'apartheid en 1948 et jusqu'à son abolition en 1994, les gouvernements ont maintenu de nombreuses politiques ségrégationnistes ne permettant pas à cette population de pouvoir prospérer et vivre librement comme la population blanche (Kingdon, Knight, 2004). Toutefois, il serait important de préciser que de telles politiques existaient bien avant le début de l'apartheid. Plusieurs d'entre elles ont eu comme conséquence de limiter les opportunités économiques de cette population, obligeant plusieurs personnes à travailler dans le secteur minier et agricole (Aliber, 2003). Maintenant abolies, ces politiques ont eu des répercussions qui se font encore ressentir à ce jour, fragmentant la société, contribuant à son instabilité et multipliant les iniquités sociales, ce qui pourrait contribuer aux taux élevés de violence à l'intérieur de l'État.

Les iniquités entre les genres ont été recensés dans la littérature et pourraient expliquer la forte prévalence de violence familiale et à l'endroit de partenaires intimes en Afrique du Sud. Tout d'abord, la société sud-africaine est fortement patriarcale et tolérante face à ces expressions de violence (Jewkes et Morrell, 2010). Les chercheurs expliquent que les personnes plus âgées attribuent les violences exercées par les jeunes hommes à l'égard de leur partenaire intime comme des comportements juvéniles normaux (Wood & Jewkes 2001, cité dans Jewkes, Levin, Penn-Kekana, 2002). En d'autres termes, cette forme de violence découle d'enjeux sociétaux, où les iniquités entre les genres et les déséquilibres de pouvoir au sein des couples viennent légitimer le recours à la violence. (Jewkes, 2002; Jewkes, and al. 2006; Jewkes et Morell, 2010; Jewkes, Dunkel, Mzikazi, Shai, 2010; Jewkes, Levin, Penn-Kekana, 2003; Jewkes, Levin, Penn-Kekana, 2002). Soulignons que cette explication demeure la plus fréquemment citée par les chercheurs ayant étudié le phénomène. Cette constatation a été confirmée dans un article scientifique, où les auteurs expliquent que la violence domestique est étroitement liée au statut de la femme dans une société et l'usage normatif de la violence dans des situations de conflits ou dans le cadre de l'exercice du pouvoir (Jewkes, Levin, Penn-Kekana, 2002). Une autre explication établit un lien entre la violence familiale et entre partenaires intimes ainsi que les expériences vécues durant l'enfance. Tel qu'abordé par de nombreux chercheurs, il semblerait que les expériences familiales vécues durant l'enfance renforcent, à la fois pour les hommes et

les femmes, la nature normative de la violence. Ceci peut venir augmenter la probabilité du recours à la violence des hommes ainsi que l'acceptation de ces violences par les femmes (Jewkes, 2002; Gass, Stein, Williams; Seedat, 2011; Gil-Gonzalez, Vices-Cases, Ruiz, Carrasco-Portin, Ivarez-Dardet, 2008; Jewkesa, Levin, Penn-Kekana, 2002).

À l'intérieur de différents articles recensés, il a été spécifié que la situation économique influence le recours à la violence familiale et à l'endroit de partenaires intimes. En effet, selon certains auteurs la pauvreté et les inégalités économiques engendrent des conflits dans les couples, ont un effet sur la capacité des femmes à quitter une relation et sur la perception qu'on les hommes d'eux-mêmes quant à leur réussite sociale et professionnelle (Jewkes, 2002). D'une part les iniquités économiques, telles que la pauvreté et/ou le manque de ressources, contribuent à la vulnérabilité des femmes face à la violence à l'endroit de partenaires intimes, ces dernières hésitant à mettre un terme à la relation violente par crainte de manquer de ressources financières et matérielles. D'une autre part, le sentiment d'impuissance, le stress et/ou la déception ressentis par certains hommes de ne pas pouvoir subvenir aux besoins financiers et matériels de leur famille peut contribuer à hausser le niveau de stress et favoriser le recours à la violence (Gass, Stein, Williams, Seedat, 2011).

Finalement, la consommation d'alcool est considéré comme étant un facteur de risque concernant le recours à la violence. Tel que mentionné par certain auteurs, les normes sociales entourant la consommation d'alcool sont telles que l'Afrique du Sud détient un des plus haut taux de consommation d'alcool par capita au monde (Jewkes et Morell, 2010). Les chercheurs expliquent que l'alcool, réduisant les inhibitions, crée une forme d'espace social où la punition corporelle devient légitime, car socialement acceptée, et pousserait certains hommes à l'exercer auprès de partenaires (Gass, Stein, Williams, Seedat, 2010; (Gass, Stein, Williams, Seedat, 2011; (Jewkes, 2002; Jewkes, Levin, Penn-Kekana, 2002). Ceci conclut la brève présentation de la problématique de la violence en Afrique du Sud. La prochaine section porte un regard sur la migration en Afrique du Sud. Ceci permettra au lecteur de mieux comprendre le phénomène. Par la suite, les conditions de vie des migrants en Afrique du Sud recensées dans la littérature seront présentées.

REGARD SUR LA MIGRATION ET LA VIE QUOTIDIENNE DES MIGRANTS EN AFRIQUE DU SUD

La fin de l'apartheid ainsi que la promesse d'une économie florissante dans la nouvelle démocratie qu'était l'Afrique du Sud au milieu des années 90 a eu comme effet d'ouvrir la porte à un accroissement de la migration. Ces nouveaux arrivants provenaient majoritairement d'autres États africains ainsi que de certains États d'Europe. Les migrants venant s'y établir formaient une main-d'œuvre grandement diversifiée. Parmi ceux-ci on comptait des professionnels qualifiés ainsi que des travailleurs des secteurs informels (Adepoju, 2003). De nos jours, 75.6% des migrants vivant en Afrique du Sud proviennent d'Afrique. Le Zimbabwe, le Mozambique, le Lesotho, le Malawi, le Swaziland et la Namibie sont les pays d'où proviennent la majorité des migrants (Statistics South Africa's, 2016). Historiquement, le secteur minier ainsi que le secteur agricole ont accueilli de nombreux migrants appartenant au secteur informel. Étant dépendant de leur labeur une grande partie de la richesse provenant de ces secteurs a été produite grâce aux travailleurs migrants (Maharaj, 2002). Cependant, les emplois réservés à la classe ouvrière migrante ne sont pas toujours les plus valorisés. En effet, les migrants ont souvent acceptés les emplois que les nationaux refusaient d'occuper (Maharaj, 2002).

Les principales raisons évoquées pour quitter leur pays d'origine pour l'Afrique du Sud sont: la pauvreté, le manque de ressources et d'emploi, le manque d'accessibilité aux services de soins de santé, la médication déficiente ainsi que la violence civile et politique (Maharaj, 2002; Idemudia, Williams, Wyatt, 2013). Selon le Community Survey réalisé en 2007, on dénombrait 1,2 million de migrants, soit 2.79% de la population sud-africaine (Landau, Wa Kabwe Segatti, 2009). Certaines études surestiment le nombre total de migrants en situation irrégulière, vivant en Afrique du Sud, c'est-à-dire étant présent sur le territoire sans documents de séjour (Makina 2012; McDonald, Zinyama, Gay, Vletter, Mattes, 2000). Cette fâcheuse tendance de disproportionner le nombre de migrants irréguliers engendre de graves répercussions pour ces derniers. En effet, celle-ci contribue au climat d'insécurité ressenti par les nationaux, qui voient le nombre important de migrants comme étant une menace au niveau culturel et économique. Cependant, il demeure difficile d'évaluer leur nombre exact, car la majorité de ces migrants entrent par des frontières informelles et demeurent non documentés tout au long de leur séjour (Makina, 2012). Bien qu'on dénombre plus d'hommes migrants que de femmes, le nombre de migrantes serait en augmentation depuis la fin de l'Apartheid. Du nombre total de migrants en

provenance du Zimbabwe, 44% d'entre eux seraient des femmes (Peberby, 2008). Selon une étude réalisée auprès de 4654 Zimbabwéens, plus de 90% ont rapporté supporter de la famille dans leur pays d'origine (Makina, 2012). Dans cette même étude, près des deux-tiers des répondants (65.8%) ont mentionné avoir l'intention de retourner au Zimbabwe si les conditions politiques et économiques s'amélioreraient. (Makina, 2012) Cette tendance a été confirmée dans une autre étude, où les auteurs affirment qu'une grande majorité des répondants souhaitent retourner dans leur pays d'origine (McDonald, Zinyama, Gay, Vletter, Mattes, 2000).

Selon une autre étude réalisée auprès de 2300 migrants, plus de la moitié des répondants auraient qualifié leur expérience migratoire comme ayant eu un impact positif sur leur personnalité, leur famille, leur communauté et leur pays d'origine (McDonald, Zinyama, Gay, Vletter, Mattes, 2000). Toutefois, malgré cette attitude positive face à leur expérience migratoire, ces derniers rencontrent souvent des difficultés. Une étude réalisée auprès de 20 migrants zimbabwéens a révélé que les principales difficultés rencontrées lors du voyage migratoire sont d'être témoin et/ou victime de menaces ou de violences physiques (Idemudia, Williams, Wyatt, 2013). Plusieurs participants à cette étude ont rapporté avoir été témoins ou avoir vécu des épisodes de violence, tels que des agressions sexuelles, des attaques et même des meurtres. Selon les auteurs, des participants ont rapporté que des femmes se retrouvent parfois dans des situations où elles devaient échanger des services sexuelles afin d'assurer leur survie. En somme, les migrants, lors de leur voyage migratoire, peuvent mettre leur intégrité physique et leur vie en danger.

Les conditions de vie des migrants en Afrique du Sud

Tel que mentionné précédemment, les migrants occupent souvent des emplois du secteur informel, où les conditions de travail et de vie ne sont pas toujours optimales. Les conditions de vie pour les travailleuses de fermes ont été décrites dans une des études recensées. Selon l'auteur:

On some farms, accommodation is a rudimentary as tents in the middle of fields with no water or proper cooking facilities. Living conditions elicit very negative judgement. On some farms, women have separate quarters, on many they do not. Rooms and Shacks are overcrowded with minimal facilities and, in some cases, two or three people to a bed (Ulicki et Crush, 2000).

Une autre étude a révélé que les migrants peuvent rencontrer des difficultés à trouver du travail,

un logement, à se procurer des produits de première nécessité, etc. (Idemudia, Williams, Wyatt, 2013). Dans un autre article, des femmes migrantes ont révélé avoir été exposées à des expériences psychosociales négatives résultant de leur situation de pauvreté. Parmi ces expériences, les migrantes ont mentionné:

Having unwanted sex, HIV/AIDS from unwanted sex or prostitution, unwanted pregnancies, failing to feed their families, leaving in deplorable conditions, homelessness, staying in abusive relationship, exploitation by employers, being mocked by customers and embarrassment by the police (Chireshs, 2010).

En somme, les migrants peuvent rencontrer des difficultés tant dans leur pays d'origine que durant leur voyage migratoire ou une fois arrivés en Afrique du Sud.

Les migrantes constituent aussi une population particulièrement à risque de subir de la violence familiale et à l'endroit de partenaires intimes. Bien que la quantité de recherches portant sur le sujet ait augmenté au cours des dernières années, très peu d'entre elles portent un regard sur cette problématique à l'intérieur de communautés migrantes (Menjivar et Salcido, 2002). Parmi les articles recensés dans notre revue de la littérature, aucun n'abordait la violence à l'endroit de partenaires intimes vécue strictement par les migrantes en Afrique du Sud. Cependant, il a été possible de recenser des articles portant sur ce type de violence vécue par des migrantes aux États-Unis. Bien que ceci soit une limite quant à la représentativité de notre population à l'étude, ces recherches peuvent faire état des connaissances actuelles sur le sujet dans une optique plus large. Selon ces études, la vulnérabilité des migrantes face à ce type de violence serait attribuable à certaines croyances culturelles et à différents facteurs environnementaux, incluant le style de vie migratoire, les ressources financières limitées ainsi que les conditions de vie et de travail (Wilson, Rappaley, Hodgson, Hall et White, 2014; Raj et Silverman, 2002). La perception du rôle et de la valeur de la femme dans une culture donnée influence aussi le recours à la violence à l'endroit de partenaire intime. Plusieurs auteurs incluent l'isolement social, les barrières linguistiques, le statut économique et le niveau d'instruction des migrants afin d'expliquer l'occurrence de la violence familiale et domestique chez les communautés migrantes (Raj et Silverman, 2002; Menjivar et Salcido, 2002; Wilson, Rappaley, Hodgson, Hall et White, 2014). Plusieurs chercheurs se sont intéressés aux difficultés rencontrées par les migrantes en ce qui a trait à la dénonciation de leur agresseur. Leurs études indiquent que les migrantes, et plus particulièrement celles ayant migré récemment, celles ne possédant pas de documents officiels et celles n'ayant pas de famille dans leur pays

d'accueil, sont moins enclines à aller chercher de l'aide lorsqu'elles en sont victimes (Silverman and Raj, 2002). Ceci peut être expliqué par le fait que plusieurs d'entre elles ne soient pas au courant des recours légaux ou des services disponibles pour les femmes et les enfants victimes de violence familiale et à l'endroit de partenaires intimes (Silverman and Raj, 2002; Wilson, Rappaley, Hodgson, Hall et White, 2014). D'autres expliquent que certaines migrantes ne sont pas toujours au courant des lois les protégeant, surtout lorsque celle-ci est socialement acceptée dans le pays d'origine (Menjívar et Salcido, 2002).

Plusieurs études recensées ont soulevé des limites quant à l'accessibilité aux services de soins de santé pour les migrants en Afrique du Sud. En effet, bien que la constitution ainsi que plusieurs lois sud-africaines garantissent un accès pour tous aux services de santé de base, il semblerait que les pratiques diffèrent parfois (Crush, Tawodzera, 2014; Vearey, 2008). Parmi les limites mentionnées, on retrouve les barrières financières, c'est-à-dire le fait de ne pas pouvoir payer pour ses soins ou de devoir manquer une journée de salaire, et l'absence de documents officiels, ainsi que la crainte d'être déporté en l'absence de tels documents. La xénophobie, les attitudes négatives de la part de personnels soignants ainsi que des expériences d'exclusion sociale ont aussi été mentionnées comme barrière à l'accessibilité aux services de soins de santé (Munyewende, Rispel, Harris, Chresich, 2011; Vearey, 2008; Crush, Tawodzera, 2014). Cependant, Crush et Tawodzera (2014) posent une remarque intéressante dans leur étude : *Medical Xenophobia and Zimbabwean Migrant Access to Public Health Services in South Africa*. Ils expliquent qu'il est important de distinguer l'attitude négative du personnel soignant causé par la xénophobie de l'attitude négative due au surmenage. Ces derniers expliquent: « many facilities are understaffed and health professionals are highly stressed and overworked. Poor working conditions and workplace stress, then, may explain some of the abusive behaviour and poor treatment of vulnerable patients by health workers » (Crush, Tawodzera, 2014). Toutefois, ces derniers affirment que les migrants font face à plusieurs limites concernant l'accessibilité aux soins et peuvent subir de la discrimination de la part de membres de personnel soignant.

Une autre limite recensée quant à l'accessibilité des soins est la barrière linguistique. Les chercheurs d'une étude ont constaté que certains membres du personnel soignant refusaient de parler anglais avec leurs patients. Ils ont aussi mentionné des enjeux éthiques au niveau du consentement, certains patients ayant confié avoir subi des interventions sans y avoir

préalablement consenti, faute d'une compréhension des deux parties. Finalement, les chercheurs ont mentionné que plusieurs participants ont expliqué devoir amener un membre de leur famille ou une tierce personne à titre d'interprètes lors de leurs consultations (Hunter-Adams, Rother, 2017). Une dernière limite soulevée concerne le fait que plusieurs migrants peuvent parfois être référés à l'extérieur du secteur de santé, auprès d'une organisation non gouvernementale (ONG) locale. Ceci peut causer des pertes au suivi et l'abandon des traitements prescrits (Vearey, 2008). Ces différentes limites à l'accessibilité demeurent inquiétantes, car les migrants travaillant sur les fermes constituent une des populations les plus vulnérables aux maladies transmissibles et non transmissibles et aux blessures. Ils peuvent également souffrir des conséquences liées à l'exposition aux pesticides, à la poussière, etc. (London, 2003).

Finalement, il serait important de préciser que certains sud-africains demeurent très hostiles aux étrangers (Crush, 2001). Cette hostilité a débuté dans les années 90, moment où celle-ci s'est souvent matérialisée en violence à l'égard de l'étranger. Ces violences ont atteint leur apogée en 2008 alors qu'une vague d'attaques xénophobes a déferlé sur le pays. Ces attaques ont fait 62 morts, de nombreux blessés et plus de 100 000 déplacés. Il a aussi été rapporté que des femmes ont été violées, que des migrants ont été gravement battus et certains mêmes brûlés vivants (Chigeza, Wet, Roos, et Vorster, 2013; Everatt, 2011; Misago, Monson, Polzer, Laudeau, 2010). Ces événements ont eu pour conséquence de créer un climat de peur au sein de la population migrante en Afrique du Sud, ne favorisant guère l'intégration de ces nouveaux arrivants. (Smit, Rugunaman, 2015). Tel qu'expliqué par Adepoju (2003), les réformes politiques introduites par la chute de l'Apartheid a mené:

[...] A paradox regarding the position of migrants in South African society: despite a legal framework guaranteeing international migrants more rights than ever before, migrants remain remarkably vulnerable to socio-economic exclusion, harassment from police, and violence at the hands of state agents and citizens (Adepoju, 2003).

Selon l'auteur, bien que l'Afrique du Sud encourage la migration, la population sud-africaine voit ces politiques migratoires sous un œil méfiant, accusant les migrants et réfugiés d'être responsables des maux dont souffre le pays. Il a été noté que plusieurs médias sud-africains avaient tendance à brosser un portrait plutôt péjoratif des migrants et des réfugiés. Tel que souligné par Harris (2002), « [in] newspaper extracts, Africa and the foreign African are represented negatively. 'Africa' appears as a homogeneous, undifferentiated place. There is no recognition that this is a large continent comprised of many different interests and nations,

including South Africa » (Harris, 2002). Une autre étude révèle que les autorités policières procèdent à des arrestations non justifiées de migrants, se basant sur leur apparence, la langue qu'ils parlent ou tout simplement le fait qu'ils ressemblent à un étranger. De plus, selon ces auteurs, bien que les policiers soient dans l'obligation de respecter les droits des non-ressortissants, ces derniers refusent parfois de reconnaître leur permis de travail ou leurs cartes d'identités. Certains migrants ont déclaré que certains policiers avaient confisqué ou détruit leurs papiers d'identité pour justifier leur arrestation. (Loren, Landau, Freemantle, 2010). Les nationaux auraient fait des pressions afin que les migrants et réfugiés retournent dans leur pays d'origine. En témoigne le lancement de la campagne « Operation Buyelekhaya », qui peut être traduit par: opération retournez d'où vous venez. Ces derniers militaient pour que les migrants soient déportés (Loren, Landau, Freemantle, 2010).

Selon Dodson (2010), cette hostilité envers l'étranger peut être expliquée par différents facteurs sociopolitiques et économiques. Le premier facteur soulevé est de nature économique et matériel, où il explique que les nationaux sud-africains considèrent les Africains étrangers en concurrence avec eux pour obtenir un emploi, un logement et/ou d'autres ressources ou services auxquels tous ont droit (Dodson, 2010). Cette perception prend racine dans un contexte de compétitivité économique, où les migrants et réfugiés sont souvent enclins à travailler pour des salaires moins élevés et sans bénéfices. Une autre forme de compétitivité soulevée par Dodson (2010) est liée à « [a] gender and sexual dimension to interpersonal competition », où les nationaux accusent les migrants de voler les femmes sud-africaines. Une autre explication fournie par le chercheur concerne la construction sociale de l'Afrique du Sud. Ce dernier explique que la construction d'un nouveau sens non-racial de l'identité nationale sud-africaine, après la chute de l'Apartheid, a engendré la création d'une nouvelle opposition. Les nouveaux opposants étant essentiellement les sud-africain et les étranger, non sud-africain (Dodson, 2010). En d'autres termes, la chute de l'Apartheid a laissé place à une nouvelle construction sociale, où le migrant est devenu l'étranger, le non-Sud-Africain. Cette conception de l'étranger aurait contribué à la construction de préjugés, ce qui légitime aujourd'hui une xénophobie en Afrique du Sud. Cette intolérance envers l'étranger serait aussi entretenue dans certains discours de leaders politiques. Cette pratique d'entretenir un climat de peur est bien ancrée en Afrique du Sud et était exploitée lorsque le pays était sous le joug de l'Apartheid. Celle-ci se perpétue de nos jours, en dévalorisant les migrants et leur faisant porter le blâme pour les dysfonctionnement de la

société sud-africaine (Neocosmos, 2008; Dodson, 2010; Adepoju, 2003). Finalement, la dernière hypothèse formulée par le chercheur est de nature politique, à savoir que les Sud-Africains noirs adopteraient une attitude xénophobe envers l'étranger par crainte de se faire enlever leurs droits récemment acquis. Il évoque dans son article que: « antifoignier attitudes are seen as being rooted in black South Africans' acquisition of the full rights and benefits of citizenship, and their subsequent jealous protection of those rights and benefits against perceived threats of undermining or usurpation by noncitizens » (Dodson, 2010). En somme, les causes expliquant la montée de la xénophobie sont multiples et il n'existe pas de réel consensus à cet effet. Alors que certains chercheurs abordent davantage l'argument économique, d'autres favorisent une explication sociopolitique (Matsinh, 2011; Harris, 2002).

Chapitre 3 :

Méthodologie

Le troisième chapitre de ce mémoire de maîtrise a pour objectif de présenter la méthodologie privilégiée dans le cadre de l'analyse des données. Rappelons qu'une analyse secondaire de données a été effectuée dans le cadre de ce travail de recherche. Il sera d'abord question d'une brève présentation du devis, qui est de nature qualitative, et de l'approche descriptive interprétative employée dans le cadre de cet exercice. Par la suite, nous décrirons l'échantillon utilisé et la manière dont la collecte de données a été effectuée. La section suivante exposera les stratégies d'analyse ainsi que les critères de scientificités utilisés tout au long de notre travail de recherche. Nous décrirons les considérations éthiques qui ont dû être prises en compte dans le cadre de cet exercice. Ces précisions permettront au lecteur de comprendre les diverses étapes de recherche qui ont permis de dégager les résultats présentés dans le cadre de cette recherche. Finalement, en guise de rappel, la question étudiée dans le cadre de ce mémoire est la suivante: *Comment les femmes migrantes, qui vivent dans des contextes élevés de violence en Afrique du Sud, représentent et intègrent les violences dans leurs récits concernant leur quotidien, leur santé et leur recherche de soins ?* Tout au long de ce travail, nous tenterons d'identifier les types de violences que vivent les femmes du corpus à l'étude, de comprendre comment elles les intègrent et comment celles-ci la communiquent afin d'en dégager les différentes représentations qu'elles en font.

DEVIS DE RECHERCHE

Dans le cadre de ce mémoire de maîtrise, un devis de recherche qualitatif a été privilégié. Pope et Mays (1995), décrivent les méthodes qualitatives comme étant le développement de concept qui nous aide à comprendre différents phénomènes sociaux, dans des contextes qu'elles qualifient de réels, c'est-à-dire non expérimentaux. Ces méthodes mettent l'accent sur le sens des individus, sur leurs expérience et leurs points de vue sur une problématique donnée (Pope et Mays, 1995). En d'autres termes, la méthode qualitative est basée sur une démarche interprétative, et a pour but de mieux comprendre un phénomène ainsi que les manifestations conscientes et inconscientes des individus y prenant part. Ce type de devis est pertinent puisqu'il permet de mieux comprendre comment les femmes migrantes vivant dans des contextes de violence élevée en Afrique du Sud intègrent cette violence et comment elles en rendent compte, afin d'exposer les différentes représentations qu'elles en font. Afin d'y parvenir, nous

emploierons un cadre épistémologique constructiviste pour répondre à la question de recherche. Le constructivisme se différencie du post positivisme par le fait qu'il ne cherche pas à obtenir une vérité absolue, à établir des faits, mais accepte l'existence d'une variété de réalités et d'expériences pouvant varier selon les différents contextes dans lesquels vivent les individus observés. Tel que souligné par Alderson : « *People construct evidence through their own experience, and observers inevitably join in this activity—whether they try to take a surface or a submerged view* » (Alderson, 1998). Ceci décrit, en quelque sorte, le travail qui a été effectué dans le cadre de cette recherche, où nous avons tenté, par le biais d'entretiens, de mieux comprendre l'expérience que vivent ces femmes migrantes ainsi que les différentes représentations qu'elles se font de ces expériences. En somme, l'épistémologie constructiviste tient compte de nombreux facteurs tels que: le contexte social, l'identité, l'expérience, etc. afin de mieux comprendre et de décrire le phénomène observé. Suivant cette logique, les représentations et les interprétations de la violence que se font ces femmes ont été comprises comme étant subjectives, multiples et complexes. De plus, ces représentations et interprétations sont construites selon les expériences et les interactions sociales qu'elles ont vécues et entretenues.

L'APPROCHE DESCRIPTIVE INTERPRÉTATIVE

Dans le cadre de ce travail de recherche, une analyse secondaire de données a été effectuée. La collecte initiale a été réalisée par une autre chercheure, dans le cadre de ses propres enquêtes de terrain. L'approche théorique choisie devait permettre une telle réalisation. C'est pourquoi l'approche descriptive interprétative a été retenue, étant plus flexible quant au type et à la nature des données pouvant être utilisées dans le cadre de recherches qualitatives. L'approche descriptive permet l'utilisation de données n'ayant pas été collectées par le chercheur principal de l'étude, car elle reconnaît que de la nouvelle connaissance puisse émerger ou être construit à l'aide de recherches et de résultats recueillies par d'autres chercheurs (Thorne, Reimer Kirkham, MacDonald-Emes, 1997). L'objectif de cette approche est la réalisation d'un résumé descriptif explicite du contenu des diverses sources de données utilisées, le tout organisé selon un cadre logique et cohérent. Tel qu'expliqué par Sandelowski, cette approche vise à répondre à des questions spécifiques sur l'expérience d'individus, par exemple quelles sont les préoccupations

des participants face à un événement donné? Quelles sont leurs réactions face à celui-ci? Quelles sont les raisons évoquées par les participants pour utilisé ou pas un service ou une procédure quelconque? Quels facteurs facilitent ou entrave le rétablissement d'un individu face à un événement? (Sandelowski, 2007). Pour sa part, Thorne (1997) la décrit comme étant un exercice inductif pouvant très bien se prêter à la théorisation éventuelle de faits observés. Celle-ci permet de mieux saisir la perspective des participants sur un sujet donné (Thorne, Reimer Kirkham, MacDonald-Emes, 1997). En somme, l'approche descriptive interprétative est une méthode à favoriser lorsque le chercheur tente de décrire un phénomène donné ainsi que répondre à des questions du genre : qui, quoi, où, concernant l'expérience d'un ou de plusieurs individus sur un événement ou une problématique donné. Celle-ci est très pertinente considérant l'objectif de notre travail de recherche, car elle se concilie bien avec notre question de recherche, ayant comme visée de comprendre les représentations et les interprétations de la violence que se font les femmes migrantes vivant en Afrique du Sud, et le cadre épistémologique constructif favorisé, permettant de prendre en compte les positions du chercheur.

GROUPE À L'ÉTUDE

Nous commencerons par décrire brièvement la méthode d'échantillonnage employé par Nafeesa Jalal, chercheure qui nous a permis d'utiliser ses données dans le cadre de notre projet. Nous poursuivrons cette section en exposant les méthodes que nous avons employées afin de construire notre échantillon à partir des entrevues et des groupes de discussion réalisés par Jalal. Cette dernière est candidate au doctorat en santé publique à l'Université du *Western Cape* et est aussi dirigée par Professeure Christina Zarowsky. Dans le cadre de ses recherches, cette doctorante a comme visée principale de « *understand how agricultural migrants in the Cape Winelands District of Western Cape Province of South Africa navigate the healthcare system to access healthcare services including securing continuity of care, and in particular the role of CHWs in this process, in order to inform policy and practice* » (Jalal, 2015). La chercheure a identifié quatre objectifs à réaliser, soit : documenter les politiques et les mécanismes mis en place par le secteur de la santé concernant la continuité des soins auprès de la population nomade en Afrique du Sud; documenter et analyser comment les migrants, vivant de l'agriculture dans le *Cape Winelands District*, ont accès aux services de soins de santé; explorer comment ces

migrants assurent une continuité des soins et de l'accessibilité des services de soins de santé lors de leurs déplacements migratoires; explorer le rôle des travailleurs de santé communautaire (TSC). Afin d'atteindre ces objectifs, Jalal a mis sur pied une étude qualitative exploratoire, incluant des analyses documentaires, la réalisation d'entrevues individuelles et de groupes de discussion ainsi que des observations non participantes (Jalal, 2015).

En ce qui concerne les entretiens individuels ainsi que les groupes de discussion, Jalal explique, dans son protocole de recherche, avoir utilisé une méthode d'échantillonnage par *choix raisonné*, incluant des migrants, des TSC dont le rôle est de faciliter l'accès aux services de soins de santé pour les populations migrantes et les communautés recevant peu de services médicaux, et des employés des cliniques de soins de santé. Les entretiens ont été conduits dans la région du *Cape Winelands District*, à De Doorns, en Afrique du Sud. Cette région a été favorisée, car elle détient une forte concentration de migrants vivant principalement de l'agriculture. Concernant le profil démographique des participants, ceux-ci sont tous âgés de 18 ans et plus et sont des hommes ou des femmes. Concernant spécifiquement les entrevues menées auprès des personnes migrantes, celles-ci se sont tous auto-identifiés comme étant des migrants ayant travaillé au moins douze mois dans une ferme agricole de la région, étant présentement employé d'une de ces fermes, ayant tenté de trouver un emploi sur une ferme ou encore étant directement en relation avec un individu y travaillant (époux, dépendant, compagnon de voyage, etc.) Étant donné que l'auteure traite de la continuité des soins de santé, elle précise que l'échantillon inclut des migrants ayant utilisé ou non des services de soins offerts ainsi que des migrants étant satisfaits ou non des services de soins reçus au pays. Les techniques de recrutement utilisées par Jalal ont été multiples. Elle a fait la distribution de dépliants et posé des affiches afin d'inviter des participants potentiels, ceci avec l'aide des assistants des TSC. De plus, elle a sollicité des individus ayant déjà participé à une étude similaire menée par James Kruger, chercheur étant aussi sous la tutelle de la Professeure Christina Zarowsky. Jalal évoque aussi dans son protocole l'utilisation de la technique du recrutement boule-de-neige. C'est-à-dire en incluant à l'échantillon des individus ayant été recommandés par des participants ou des informateurs clés et voulant faire partie de l'étude. Finalement, tous les entretiens ont été réalisés en anglais ou dans la langue locale, avec l'aide d'un traducteur, le tout à la discrétion des participants.

Dans le cadre de ce travail de recherche, certains entretiens et groupes de discussions réalisées par Nafeesa Jalal et répondant à nos objectifs de recherche ont été utilisés. L'intérêt de

faire une analyse secondaire de données a émergé de la constatation que la violence avait été abordée de manière sporadique durant certains entretiens et groupes de discussions réalisés par Jalal. Les questions incluses aux grilles d'entrevue concernaient principalement l'accessibilité des soins de santé ainsi que la continuité des services de soins en Afrique du Sud chez les populations migrantes. Cependant, malgré le fait que la question de la violence n'était pas l'intérêt principal derrière cette collecte d'informations, cette problématique a fait surface durant plusieurs entretiens. Cette exploration secondaire des données est également pertinente, car la collecte concerne des individus évoluant dans un contexte et des situations marqués par des formes de violences diverses (individuelles, structurelles, symboliques ou concrètes). Il a alors été décidé d'investiguer davantage ce phénomène. Il est important de mentionner qu'aucune autre collecte de données n'a été réalisée dans le cadre de ce mémoire de maîtrise. Aussi, les données utilisées dans le cadre de ce projet ne sont pas identificatoires. Chaque entrevue a été numérotée afin de conserver l'anonymat des participantes, aucun nom ni prénom ne seront révélés.

La sélection des entretiens et des groupes de discussion utilisés dans le cadre de ce projet a été faite en usant de l'échantillonnage par choix raisonné ainsi que par échantillonnage théorique. Tout d'abord, par choix raisonné, car nous avons uniquement conservé les entretiens et les groupes de discussion où les participantes étaient de sexe féminin et où celles-ci ont fait mention de violence. Au total, neuf entretiens individuels et un groupe de discussion réalisés auprès de migrantes ont été retenus dans le cadre de cette étude. Dans ce sous-échantillon, quatre participantes sont originaires du Zimbabwe et cinq du Lesotho. Elles sont toutes âgées entre 23 et 50 ans. Il serait toutefois important de préciser que nous n'avons pas obtenu d'informations concernant des femmes ayant participé au groupe de discussion, car celles-ci étaient manquantes. En second lieu, nous avons aussi eu recours à l'échantillonnage théorique, car nous avons décidé d'inclure des entrevues réalisées auprès des TSC. Ce choix découle de l'ambition de comprendre leurs perceptions concernant la violence que peuvent vivre les migrantes en Afrique du Sud, ce qui nous permettra d'avoir un portrait plus global de la situation. Au total, nous avons retenu cinq entretiens individuels et un groupe de discussion réalisés auprès de ces femmes. Celles-ci sont toutes natives de l'Afrique du Sud et sont âgées entre 29 et 44 ans. Encore une fois, nous n'avons pas obtenu les informations concernant les femmes ayant participé au groupe de discussion.

L'emploi de ces deux techniques d'échantillonnage a grandement facilité la sélection des entretiens et des groupes de discussions pertinents à inclure au travail de recherche. Tel que souligné par Sandelowski, virtuellement toutes les formes d'échantillonnage se prêtent à l'approche descriptive interprétative (Sandelowski, 2000). En somme, l'échantillonnage par choix raisonné nous a permis de cibler notre problématique à l'intérieur des entretiens fournis par Nafeesa Jalal et de conserver uniquement ceux que nous croyions pouvoir nous aider à répondre aux objectifs de ce mémoire de maîtrise. L'échantillonnage théorique a permis d'inclure une nouvelle perspective à notre recherche, en incluant les entretiens réalisés auprès des TSC, ce qui n'avait pas été considérée au début du travail de recherche. Tel que souligné par Thorne et al., « *theoretical sampling makes a useful contribution to the design of an interpretive description [...]. In its most simplistic form, theoretical sampling encourages us to sample from the most predictable variations within the theme we are studying* » (Thorne, Reimer Kirkham, MacDonald-Emes, 1997). En somme, le l'échantillonnage théorique a été réalisé en incluant les TSC, mais aussi en décidant d'effectuer une part de la revue de la littérature à la fin du processus, où seront incluses dans la section discussion du travail les informations pertinentes afin de pallier aux manques.

ANALYSE DES DONNÉES: MÉTHODE D'ANALYSE DE DONNÉES PAR COMPARAISON CONSTANTE

La méthode d'analyse des données employée dans le cadre du projet de mémoire est la méthode par comparaison constante, tel que développé par la Professeure Kathy Charmaz (Charmaz, 2006). Il serait important de préciser que cette méthode est empruntée de la théorisation ancrée, où le chercheur a pour objectif de construire une théorie à partir de ses données, le tout en employant des systèmes de codage. Bien que cette technique ne soit pas propre à l'approche descriptive interprétative, Sandelowski souligne que « *qualitative descriptive studies may have grounded theory overtones as researchers may employ one or more techniques associated with grounded theory, such as a form of constant comparison, but not produce any theoretical rendering of the target phenomenon.* » (Sandelowski, 2000) Suivant cette logique, bien que cette méthode se divise normalement en quatre étapes distinctes, dans le cadre de ce mémoire, nous utiliserons uniquement les trois premières étapes de codages présentées (le codage initial, le codage focal et le codage axial). La quatrième étape, visant à comprendre

comment les différents codes identifiés sont reliés entre eux, n'a pas été retenue. Celle-ci permet la création d'hypothèses qui mèneront à l'élaboration d'une théorie, ce qui dépasse notre objectif. En effet, tel que décrit par Thorne et al., « [...] *it is our view that complex coding systems, such as those that encourage multiple coding for all pieces of raw data, often overwhelm the researcher with detail to the point that inductive interpretation becomes almost inconceivable* » (Thorne, Reimer Kirkham, MacDonald-Emes, 1997). Les techniques de codage demeureront simples afin de ne pas perdre de vue notre objectif qui est de produire une description interprétative des données disponibles la plus près de la réalité décrite par les participantes. Tel que souligné par Sandelowski, la collecte de données dans des études descriptives interprétatives ont généralement pour objectifs de découvrir le qui, le quoi et le comment d'évènements ou d'expériences (Sandelowski, 2000). Tout au long du processus de codage, nous nous poserons ces questions afin de favoriser un cadre analytique permettant de dégager des interprétations descriptives fidèles aux données utilisées. Nous avons aussi suivi la suggestion de Thorne et al., qui recommandent des techniques analytiques qui encouragent l'immersion répétée dans les données avant de commencer à coder, classer ou de créer des liens (Thorne, Reimer Kirkham, MacDonald-Emes, 1997). Pour ce faire, nous avons lu chaque entrevue deux fois avant d'entamer le processus de codage, ceci afin d'identifier les participantes et certaines caractéristiques démographiques, telles que l'âge, le pays d'appartenance, leur lieu de résidence, etc., mais aussi pour nous familiariser avec le type de questions, la manière dont les participantes y ont répondu, les différentes informations contenues, etc. Finalement, aucun logiciel ne sera utilisé dans le cadre de l'analyse des données. Nous ferons le tout à la main étant donné que les entretiens demeurent larges sur la question de la violence, que les réponses aux questions sont courtes et que leur contenu est simple. La prochaine section sera dédiée à la présentation des différentes étapes de codages employées ainsi qu'à la manière dont nous les avons appliquées lors de l'analyse des données.

LE CODEGA INITIAL

Le codage initial sert à faire une première analyse du matériel, où les codes demeureront simples, mais précis. Durant cette étape, le chercheur se pose les questions suivantes : qu'est-ce que me suggèrent ces données, quel est le point de vue du participant ou des participants, que puis-je en dégager? (Charmaz, 2006). Cette technique de codage doit demeurer très près des

données à l'étude. À cette étape, le chercheur ne devrait pas tenter de faire des liens avec des concepts existants, il ne devrait pas se lancer dans des interprétations prématurées, mais plutôt tenter de faire émerger de nouvelles idées. Charmaz (2006) suggère aussi de coder à l'aide de mots d'action. Elle évoque aussi que le codage initial devrait se faire rapidement et de manière spontanée en notant les premières idées venant à l'esprit du chercheur. Ces codes pourront ensuite être révisés. Le système de codage caractérisé par Charmaz comme étant incident-par-incident a été favorisé, plutôt qu'un codage mot-par-mot ou encore un codage ligne-par-ligne. Étant donné que les entretiens ne portent pas principalement sur la violence, il a été plus logique de coder uniquement lorsque des thèmes concernant la problématique ont fait surface. Ceci a permis d'alléger les analyses et de tenir compte uniquement des informations importantes. Les règles du codage initial sont résumées simplement par Charmaz : Demeurez ouvert; restez près des données; gardez vos codes simples et précis; construisez des codes courts; préservez l'action; comparez les données entre-elles; passez rapidement à travers l'ensemble de données (Charmaz, 2006). Afin de réaliser le codage initial dans le cadre de ce projet de recherche, un tableau a été conçu pour chaque entrevue du corpus (voir annexes 1 et 2). À l'intérieur de ces tableaux, nous retrouvons une brève description de la femme ayant participé à l'entrevue. Parmi les informations concernant les femmes migrantes, nous retrouvons : le pays d'origine, l'âge, la région de domicile, la durée de séjour, la raison de la migration et la langue dans laquelle a été réalisée l'entrevue. Parmi les informations concernant les TSC, nous retrouvons : le sexe, la profession, l'expérience de pratique (en années), l'âge, le lieu de résidence et la langue dans laquelle a été réalisée l'entrevue. Par la suite, les tableaux ont été divisés en trois colonnes distinctes. La première colonne présente tous les codes initiaux recensés à l'intérieur de l'entrevue. La deuxième comprend toutes les citations exactes qui nous ont permis de définir les différents codes présentés. Finalement, la dernière colonne a été utilisée à des fins de mémos d'analyse.

LE CODAGE FOCAL

À la suite du codage initial, nous avons poursuivi l'analyse des données en réalisant le codage focal. Cette méthode entre un peu plus en profondeur dans l'analyse des données que le codage initial. Par conséquent, les codes deviendront davantage significatifs lors de cet exercice. Tel que mentionné par Charmaz le codage focal consiste à utiliser les codes antérieurs les plus

importants et/ou les plus fréquents afin de passer à travers une grande quantité de données (Charmaz, 2006). De ce fait, les codes initiaux ont été catégorisés, où certains pourront être regroupés. Le chercheur doit alors décider quels codes sont les plus logiques au niveau analytique afin de pouvoir, par la suite, catégoriser ses données dans le détail. Ce dernier peut aussi comparer les codes à travers l'ensemble de ses données, c'est-à-dire en comparant les codes des différentes entrevues de son corpus. Tel que souligné par Charmaz le codage focal permet de parcourir les entretiens et de comparer les expériences, les actions et les interprétations des participants (Charmaz, 2006). Afin de réaliser le codage focal nous avons aussi fait une relecture de l'ensemble des entrevues afin de s'assurer qu'aucune information ne nous avait échappé durant le codage initial. Ensuite, les tableaux conçus durant l'étape du codage initial ont été analysés afin de regrouper les codes possédant des similarités. Ces tableaux ont aussi été comparés entre eux afin de déterminer s'il y avait certaines cohérences à travers les entrevues. Ceux-ci ont ensuite été remaniés selon les différentes conclusions tirées des observations, créant ainsi deux nouveaux tableaux pour chaque série d'analyse effectuée (voir annexes 3 et 4). Les tableaux se divisent aussi en trois colonnes. La première colonne regroupe les codes initiaux conservés à la suite des analyses effectuées. Cette manière de procéder a permis de raffiner notre codage, éliminant ou modifiant certains codes. La deuxième colonne rassemble tous les sous-thèmes définis pour chaque code initial. Les sous-thèmes sont des sujets ayant été abordés par les participantes durant les entrevues qui se rapportent aux codes initiaux définis. Plus précisément, alors que les codes initiaux demeurent larges, les sous-thèmes sont, quant à eux, plus précis. Finalement, la dernière colonne comprend les citations tirées de toutes les entrevues se rapportant aux différents sous-thèmes et codes initiaux. Cette manière de procéder a facilité la sélection des citations à introduire lors des explications des résultats obtenus.

LE CODAGE AXIAL

L'avant-dernière étape de l'analyse de données est le codage axial. Cette méthode sert principalement à trier, organiser, synthétiser les catégories définies lors des étapes précédentes et de créer des sous-ensembles. Cette étape sert aussi à spécifier les propriétés et les dimensions de ces catégories et sous-ensembles. Tel que mentionné par Charmaz, le codage axial permet d'organiser les catégories autour d'un axe commun (Charmaz, 2006). Selon Strauss et Corbin, les pères de la théorie ancrée, le codage axial permet de répondre à des questions telles que :

quand, où, pourquoi, qui, comment et avec quelles conséquences? Tel que souligné par Charmaz, cette méthode d'analyse permet aussi au chercheur de décrire l'expérience des participants à l'étude avec plus de profondeur. Bien que normalement cette méthode d'analyse sert davantage à faire émerger des concepts, nous nous sommes limité à une description interprétative des conclusions tirées de nos analyses (Charmaz, 2006). Pour ce faire, nous avons repassé à travers l'ensemble des tableaux d'analyse en nous posant les questions mentionnées ci-dessus. Les conclusions tirées de cette analyse ont été regroupées à l'intérieur de deux nouveaux tableaux pour chaque série d'entrevues (voir annexes 5 et 6). Les premières informations présentées dans les tableaux sont les compilations des différentes données personnelles des participantes s'étant prêtées aux entrevues. Parmi les informations concernant les femmes migrantes, nous retrouvons: le nombre total de femmes provenant soit du Zimbabwe, soit du Lesotho, les tranches d'âge auxquelles appartiennent ces femmes, la durée de séjour et la raison de la migration. Parmi les informations concernant les TSC, nous retrouvons: l'occupation, les tranches d'âge auxquelles appartiennent ces femmes et l'expérience de pratique (en année). Ce bref aperçu a facilité la comparaison entre les participantes. Par la suite, les tableaux se divisent en quatre colonnes. La première colonne est divisée entre les deux typologies de la violence identifiées dans le cadre de nos analyses, c'est-à-dire les violences interpersonnelles et les violences collectives (de plus amples informations sur cette typologie seront fournies à l'intérieur du chapitre 3: Analyses et Résultats). La deuxième colonne expose les différentes catégories se rattachant aux typologies de la violence. La troisième regroupe les différents codes initiaux ayant été conservés jusqu'à la fin de nos analyses. Finalement, la dernière colonne comprend les codes définis à la suite du codage focal. Ces codes sont les grands thèmes identifiés pour chaque série d'entrevues analysées. Plus précisément, ceux-ci représentent les différentes adversités vécues et expliquées par les migrantes ainsi que celles évoquées par les TSC à l'intérieur des entrevues. Les adversités identifiées se traduisent par ce que nous avons défini comme étant des formes de violence de nature diverses.

Finalement, la dernière étape du travail d'analyse a été la comparaison des différents résultats obtenus pour les deux séries d'entrevues analysées. Cet exercice a permis d'exposer les ressemblances et les dissemblances en ce qui a trait aux interprétations de la violence vécue par les migrantes vivant en Afrique du Sud, tant du point de vue des migrantes ayant participé aux entrevues, que celui des TSC côtoyant quotidiennement les migrants. Ce dernier exercice a

permis d'avoir un aperçu plus global et complet du phénomène tout en y apportant différentes perspectives. Finalement, il serait important de préciser que tout au long du processus de codage, nous avons validé les informations ainsi que les analyses effectuées auprès de notre directrice et de notre codirecteur de recherche.

LA RÉFLEXIVITÉ

Afin que ce projet de recherche fasse preuve de rigueur, la réflexivité a été appliquée, et ce, tout au long des différentes étapes: de la sélection des entretiens, à l'analyse des données, au codage et à la rédaction. Selon Finlay, la réflexivité « *can be defined as thoughtful, conscious self-awareness. Reflexivity analysis in research encompasses continual evaluation of subjective responses, intersubjective dynamics, and the research process itself.* » (Finlay, 2002) En d'autres mots, cette méthode permet aux chercheurs de prendre conscience de ses prises de position concernant le sujet à l'étude. Ceci permet à ce dernier de se rapprocher le plus possible d'une certaine neutralité. Bien qu'une impartialité totale soit impossible, il est tout de même primordial que le chercheur analyse ses perceptions et compréhensions face à la problématique, et ce, tout au long de son exercice de recherche. Ayant certaines connaissances a priori concernant l'Afrique du Sud et plus spécifiquement de l'apartheid, il sera important lors des analyses de données de tenter d'en faire abstraction le plus possible. Ceci pourra nous permettre de demeurer le plus près des données et d'en dégager des conclusions près de la perspective des participantes. La réflexivité est très importante afin de comprendre notre position de chercheur dans le cadre de ce projet. Pour faciliter cette réflexion, tout au long du processus, plusieurs rencontres ont été tenues entre nous et le codirecteur de ce projet, Gabriel Girard, sociologue, stagiaire postdoctoral à l'IRSPUM. La double lecture de plusieurs des entretiens nous a permis de confirmer et/ou infirmer certaines conclusions ainsi que d'amener une nouvelle perspective permettant de souligner des thèmes qui nous auraient échappé. De plus, il a été important de comprendre les positions des autres chercheurs qui ont mis sur pied la base de données utilisée. Pour ce faire, nous avons posé une série de questions à Jalal, l'auteure principale des grilles d'entrevues qui ont été utilisées dans le cadre des collectes de données. Ceci servira à mieux cerner sa compréhension de la problématique qu'est la violence contre les migrantes en Afrique du Sud, à mieux comprendre son choix de questions et sa décision d'approfondir ou non certains thèmes ou

réponses fournies par les répondantes, etc.

CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES

Les considérations éthiques dans le cadre de ce projet de mémoire de maîtrise sont peu nombreuses. Cependant, il est quand même important d'en faire mention. Le protocole de recherche ayant été élaboré par Nafeesa Jalal, qui a mené à la collecte de données, a eu l'approbation du comité d'éthique de l'*University of the Western Cape*. Aussi, dans le cadre de ce projet de mémoire de maîtrise, nous avons reçu un certificat éthique de la part du comité d'éthique de la recherche en santé de l'Université de Montréal (CERES). Avant le recrutement des participants, des consultations ont été menées afin d'expliquer la visée de l'étude, son caractère volontaire, les risques reliés à la participation, la manière dont seraient traitées les données, etc. Tous les participants ainsi que la communauté ont donné leur consentement de façon libre et éclairée. Aussi, les participants ne reçurent aucun salaire en échange de leur participation à l'étude. Cependant, des coupons alimentaires leur ont été offerts en guise de dédommagement pour leur implication. Tous les participants ont reçu les informations personnelles des personnes responsables de l'étude (nom, numéro de téléphone, courriel, etc.) Toutes les informations collectées auprès des participants ont été et seront traitées de manière confidentielle. De plus, les participants ont eu le droit de refuser de répondre à n'importe laquelle des questions et ont le droit de se retirer de l'étude à tout moment. Toute personne exprimant de la détresse physique ou psychologique a pu être recommandée à des ressources répondant à leurs besoins. Dans le cadre du mémoire de maîtrise, la nature confidentielle des données a été rigoureusement appliquée. Chaque entrevue a été numérotée afin de n'utiliser le nom d'aucune participante. Aussi, tel que mentionné précédemment, aucune autre collecte de données ne sera prévu dans le cadre de ce mémoire de maîtrise. Le chapitre suivant présente les analyses effectuées dans le cadre de ce travail de recherche.

Chapitre 4 :

Analyses et résultats

Le présent chapitre a pour objectif de présenter les analyses réalisées dans le cadre de ce mémoire de maîtrise ainsi que des résultats qui en découlent. Dans le cadre de nos analyses, nous avons accordé une place centrale aux témoignages livrés par les femmes du corpus à l'étude. Cette décision découle du fait que ceux-ci sont personnels et traitent d'enjeux sensibles, ils ne peuvent être mieux livrés que par celles les ayant corroborés. Cependant, le fait d'avoir favorisé une telle approche alourdit le chapitre analyses et résultats, le faisant paraître parfois plus descriptif. Dans le but d'accommoder le lecteur, la première section de ce chapitre résume les principales conclusions tirées du processus d'analyse des données. Par la suite, nous présenterons les différentes analyses effectuées des entretiens auxquels ont participé les migrantes. Ensuite, les résultats obtenus à la suite des analyses effectuées pour les entrevues réalisées auprès de TSC seront présentés. Chaque témoignage cité dans le texte sera accompagné d'une brève description de la femme l'ayant livré. Il serait aussi important de préciser que les différentes conclusions tirées des deux séries d'analyse effectuée, c'est-à-dire celles réalisées auprès des migrantes et celles réalisées auprès des TSC, seront présentées de la même façon dans ce chapitre. Finalement, les résultats obtenus à la suite de la comparaison entre les conclusions tirées des deux séries d'entrevues analysées seront expliqués, résumant ainsi la totalité du travail d'analyse effectuée dans le cadre de ce mémoire de maîtrise.

RESUME DES CONCLUSIONS TIREES DES ANALYSES EFFECTUEES

Concernant les violences interpersonnelles, un code axial a été identifié, celui-ci étant : *les adversités physiques et psychologiques*. Un nombre important de femmes, tant du côté des migrantes que des TSC, ont mentionné subir des violences quotidiennement. Plusieurs femmes du corpus ont mentionné avoir été victimes de vols et certaines migrantes ont soulevé avoir subi des violences physiques. Les TSC ont été les seules à soulever les violences xénophobes que vivent les migrants, certaines mentionnant que cette xénophobie était un des vecteurs les plus importants de violence en Afrique du Sud. Les causes rapportées par ces femmes afin d'expliquer le recours à la violence sont de nature économique et sociale. Quant aux thèmes des relations interpersonnelles, deux migrantes ainsi qu'une TSC ont livré des histoires de relations de couple complexe, l'une d'entre elles ayant rapporté une agression sexuelle. Finalement,

l'évitement est le concept ayant fait surface dans certaines entrevues afin d'expliquer comment ces femmes font face aux violences interpersonnelles qu'elles vivent au quotidien.

Concernant les violences collectives, trois thèmes axiaux ont été identifiés, soit : *les adversités économiques et privation matérielle, l'accessibilité aux ressources et les adversités sociales*. Quant au premier thème soulevé, malgré le fait que plusieurs migrantes ont mentionné trouver plus facilement de l'emploi en Afrique du Sud, ces dernières, ainsi que certaines TSC, ont mentionné plusieurs limites. Par ces limites, on retrouve le manque de ressources, en raison par exemple de la difficulté à se procurer des produits essentiels, ainsi que des limites liées à leur emploi (faible diversité, faible salaire, etc.) et/ou sont liées aux conjonctures économiques (augmentation du coût de la vie, le fait de supporter sa famille à l'étranger, etc.) Quant au deuxième thème soulevé, les femmes ont mentionné certaines difficultés d'accessibilité aux services, notamment aux services de soins de santé et à l'éducation. Parmi les limites soulevées pour les soins de santé, les femmes ont nommé les difficultés financières, les limites liées à la documentation officielle, la discrimination, les barrières linguistiques et les iniquités de genre. Les limites à l'accessibilité à l'éducation n'ont été soulevées que par les TSC, qui expliquent que cet accès devient plus compliqué en l'absence d'une documentation officielle. Malgré ces limites, les femmes ont mentionné tout de même fréquenter les cliniques afin d'obtenir des soins. En ce qui a trait aux adversités sociales, peu de témoignages ont été soulevés dans les entretiens analysés. Un des thèmes soulevés est celui de la perte de confiance envers les autorités compétentes. Plusieurs migrantes du corpus ont mentionné que les corps policiers ne traitaient pas leurs appels de la même manière que les nationaux. Certaines attitudes péjoratives à leur égard ont aussi été soulevées dans des entretiens. Finalement, le sentiment d'appartenance est un autre concept ayant fait surface dans certaines entrevues afin d'expliquer comment ces femmes intègrent les violences collectives qu'elles vivent au quotidien.

PRESENTATION DES ANALYSES EFFECTUEES AUPRES DES FEMMES MIGRANTES

VIOLENCES INTERPERSONNELLES

Les catégories des violences interpersonnelles identifiées à l'intérieur des différentes entrevues conduites auprès des femmes migrantes sont : les violences communautaires ainsi que

la violence familiale et à l'endroit de partenaires intimes. À l'intérieur de la première catégorie mentionnée, les codes focaux retenus sont : *les risques associés au voyage migratoire* ainsi que *les violences*. À l'intérieur de la deuxième catégorie, le code focal retenu est : *les relations interpersonnelles*. Tel que mentionné précédemment, au terme du codage focal, nous avons identifié des codes axiaux. Ceux-ci, plus précis, organisent les différents codes focaux sous de grands thèmes. Cette manière de procéder nous a permis de raffiner notre recherche. Concernant la catégorie des violences interpersonnelles, un seul code axial a été identifié, celui-ci étant : *les adversités physiques et psychologiques*. En somme, dans cette sous-section, il sera décrit comment les femmes migrantes interviewées vivent certaines violences communautaires et interpersonnelles. Aussi, nous tenterons de déterminer comment celles-ci y font face au quotidien (voir annexe 5).

Les migrantes en Afrique du Sud, une population vulnérable aux violences

Tel que mentionné précédemment, à l'intérieur du corpus à l'étude, sur un total de neuf femmes migrantes ayant participé aux entrevues, quatre sont originaires du Zimbabwe et cinq du Lesotho. Huit d'entre elles ont mentionné avoir migré en Afrique du Sud pour des raisons financières et une seule a confié avoir quitté en raison de violences. Toutes les femmes ont rapporté travailler ou avoir travaillé sur une ou plusieurs fermes. Plusieurs ont rapporté des conditions de travail et de vie difficiles en Afrique du Sud. Ces difficultés seront présentées en détail dans les prochaines sections. Plusieurs ont mentionné soutenir financièrement des membres de leur famille étant restés au pays d'origine et, bien que certaines aient mentionné vouloir demeurer en Afrique du Sud, une majorité souhaite retourner dans leur pays d'origine. Bien que la majorité des femmes aient répondu ne pas avoir rencontré de problèmes, ni signifié que des risques peuvent survenir lors du voyage migratoire, une femme a révélé certaines limites. Elle explique que le voyage très dispendieux peut motiver certaines femmes à choisir de voyager à bord de camions pour des sommes moins élevées. Cependant, en faisant cela, elles s'exposent à des risques. Tel que mentionné par cette femme:

Sometimes the driver might tell you not to pay and want to sleep with you and at the same time you have nowhere to run but give in and maybe contract HIV. (Zimbabwe, 41 ans, Johannesburg et Stofland).

En somme, bien que plusieurs femmes aient rapporté avoir voyagé en toute sécurité, le témoignage de cette dernière ne peut être ignoré. En effet, celui-ci indique que le fait d'être une femme, n'ayant pas beaucoup de moyens et voyageant seule peut accroître l'exposition aux violences physiques et/ou sexuelles lorsqu'elles décident de voyager de manière non conventionnelle.

Bien que peu de femmes ont mentionné avoir rencontré des embûches lors de leur voyage migratoire, plusieurs ont toutefois raconté avoir été témoins ou avoir subi de la violence en Afrique du Sud. En effet, tout au long de nos analyses, *les violences* ont été des sujets récurrents, où plusieurs migrantes ont raconté des récits évoquant les risques encourus quotidiennement dans leur communauté. Le thème *des violences* étant très large, il a été divisé en plusieurs sous-thèmes, soit : *les actes*, *les insécurités* et *les causes perçues*. Il serait important de préciser que ces trois sous-thèmes sont inter-reliés : *les actes* sont la conséquence *des insécurités* et *les causes* représentent les explications fournies par les participantes afin d'expliquer l'origine de la violence en Afrique du Sud. Concernant *les actes*, une première femme raconte:

We have problems with thieves because they rob us with our last money when we are going to the shops to buy food for our children and if you don't want to be stabbed, you shall give them all you have and be left with no money to buy food for you children (Données non disponibles).¹

Elle poursuit son témoignage en racontant:

The other day they wanted to rape one of the Sotho ladies and they took her phone hand gunned and it was during the day so I am scared to walk alone in town (Données non disponibles).

À ce récit, une autre ajoute:

Adding from that, it's not safe because people don't help when you are being robbed or killed, they just watch (Données non disponibles).

Ces témoignages permettent de conclure que plusieurs femmes du corpus à l'étude ont été témoins et/ou ont vécu *des actes* violents lors de leur séjour en Afrique du Sud. Ces actes, ainsi que la présence de spectateurs passifs, ne sont pas sans conséquence, car comme l'explique une des participantes, être victime ou témoin de tels actes accroît la vulnérabilité.

Il a été observé que la violence en Afrique du Sud amène un climat d'*insécurité* chez certaines participantes. Tout d'abord, une première migrante explique avoir remarqué une augmentation des tensions au fil des années, elle évoque:

I arrived since 2007, and by then De Doorns was a good place until 2014, where things started to change in South Africa (Données non disponibles).

¹ Les données non-disponibles ont été tirées des entrevues de groupe.

Cette affirmation est précisée par d'autres participantes. Une autre femme explique :

Walking around at night is not safe (Lesotho, 34 ans, Ceresm Eastern Capes et De Dorns).

Tandis qu'une autre évoque :

When walking you only start to feel safe when you see another woman along the way (Données non disponibles).

Une participante indique même craindre les sorties en ville, préférant utiliser des taxis afin d'éviter des situations risquées:

I am scared to walk alone to town. I will rather take a taxi (Données non disponibles).

Finalement, une dernière femme mentionne:

the only challenge is violence that is happening around here » (Lesotho, 23 ans, Montague et Lubisi).

Ces témoignages révèlent que plusieurs migrantes du corpus à l'étude vivent des insécurités dues à la violence en Afrique du Sud. Bien que ces femmes ne vivent pas cette insécurité de la même manière, il peut être conclu que la violence demeure un des principaux défis qu'elles rencontrent au quotidien.

Certaines femmes du corpus ont tenté d'expliquer *les causes perçues* de la violence en Afrique du Sud. Une première participante explique:

They say that we take their jobs without ID and that we agree to any price with our bosses [...] (Données non disponibles).

En d'autres mots, selon cette femme, la compétitivité entre les locaux et les migrants au niveau de l'emploi cause des tensions à l'intérieur des communautés, ce qui peut engendrer des manifestations violentes. Aussi, un peu plus loin dans son entrevue, cette dernière évoque la consommation d'alcool comme étant un facteur d'accroissement d'actes violents. Lorsqu'on leur demande qui est à l'origine des tensions en Afrique du Sud, les femmes interrogées proposent différentes hypothèses. L'une d'entre elles explique:

All I see is mix, but mostly are people from outside who cause violence, because they fight for their life and things (Lesotho, 25 ans, Maseru, Lubisi, De Doorns).

Selon cette femme, la violence n'est pas attribuable qu'à un seul groupe. De plus, elle exprime que la violence serait utilisée par les migrants à des fins de préservation et de survie. Une autre participante explique:

De Doorns currently is not nice because the violence started by the Sotho people and now everybody thinks that all Sothos are violent (Lesotho, 31 ans, Zinyoka, De Dorns et Lubisi).

Selon elle, les *Sothos* seraient responsables de l'augmentation de la violence dans la région où elle réside. Celle-ci précise que cette croyance leur donne mauvaise réputation, renforçant

certaines préjugés. Cette situation peut entraîner des conséquences pour les *Sothos*, telles qu'une légitimation de la discrimination et de la xénophobie envers ce groupe. Bien que plusieurs migrantes aient partagé des histoires concernant la violence qu'elles ont vécues ou dont elles ont été témoin en Afrique du Sud, la majorité d'entre elle n'a pas abordé comment celles-ci vivent et intègrent ces violences au quotidien. Une seule femme a abordé le sujet en évoquant éviter les situations risquées.

Lors des analyses, certaines femmes ont fait mention de leurs relations interpersonnelles et conjugales. L'Afrique du Sud étant un pays où la prévalence de violence domestique demeure extrêmement élevée, il a été convenu d'explorer cette forme de violence un peu plus en détail dans nos analyses. La première femme ayant abordé le sujet a confié à l'intervieweuse qu'en 2005, avant d'arriver en Afrique du Sud, son mari était décédé du sida. En 2006, alors qu'elle était enceinte, elle apprenait qu'elle était séropositive. Elle évoque que malgré cela, elle a mis au monde trois enfants, tous séronégatifs, ce qui, selon elle, signifie qu'elle sait comment s'occuper de sa santé. Afin de se maintenir en bonne santé, cette dernière explique éviter toutes situations stressantes. Elle conclut en disant:

The thing that can put my health at risk are men, I do not want to stay with a man, even my husband, because he is going to stress me out and I don't want to be stressed (Zimbabwe, 50 ans, Stofland).

Bien que la femme ne précise pas pourquoi les hommes sont, pour elle, une grande source de stress, nous pouvons comprendre qu'elle a certainement vécu des situations conjugales complexes. Cette hypothèse est appuyée par le fait que la femme ait précisé que son mari lui a transmis le VIH. Toutefois, cette affirmation ne peut pas confirmer à elle seule l'hypothèse. Finalement, elle évoque clairement dans ce passage que la manière favorisée afin de faire face à cette situation est l'évitement, où elle a pris la décision de ne pas se retrouver en présence d'hommes, évitant même son mari.

La seconde femme ayant abordé le sujet a mentionné que sa sœur compose son principal système de soutien en Afrique du Sud. Lorsque l'intervieweuse lui demande: « *what about you boyfriend?* », celle-ci répond:

No, I don't trust him because he also wants everything that he has done for me back if he breaks up with me. I rather get support from my sister that won't do that (Zimbabwe, 40 ans, Stofland, De Dorns et Mpumelele).

Cet extrait indique que le partenaire intime de cette femme exerce une forme de contrôle sur elle. Bien que celle-ci n'évite pas nécessairement le contact avec son partenaire, elle évoque

clairement éviter de requérir à son soutien. Elle explique aussi que le lien de confiance dans cette relation est absent, qu'elle évite les situations où elle serait vulnérable face à lui. En somme, bien que seulement deux femmes aient exprimé vivre des difficultés conjugales à l'intérieur du corpus à l'étude, toutes deux ont mentionné soit éviter le contact avec un partenaire, soit éviter de dépendre de ce dernier. Les stratégies de protections, tel que l'évitement, sont les thèmes centraux en ce qui a trait à la manière dont elles vivent cette adversité au quotidien.

VIOLENCES COLLECTIVES

Les violences collectives identifiées à l'intérieur des différentes entrevues conduites auprès des femmes migrantes sont : la précarité et les violences économiques et la violence sociale. Deux codes axiaux ont été identifiés à l'intérieur de la première catégorie, soit : *les adversités matérielles et économiques* et *l'accessibilité aux services*. Plusieurs codes focaux ont été retenus : *les opportunités, la diminution du niveau de vie, l'augmentation du coût de la vie et les conditions de vie*. À l'intérieur de la deuxième catégorie, le code focal retenu est : *l'accès aux soins*. En ce qui a trait à la violence sociale, un code axial a été retenu, soit : *les adversités sociales*. Les codes focaux identifiés sont : *le sentiment d'appartenance et les attitudes envers les migrants* (voir annexe 5). Cette section sera dédiée à expliquer comment les femmes migrantes interviewées vivent les violences collectives. De plus, nous tenterons de déterminer comment elles y font face au quotidien.

L'Eldorado sud-africain, mythe plutôt qu'une réalité

Tout d'abord, à travers les entrevues analysées, plusieurs femmes ont rapporté avoir migré en Afrique du Sud, car les opportunités d'emploi y sont plus nombreuses qu'au Lesotho ou qu'au Zimbabwe. Tel que mentionné par une première répondante

The reason I came here is the situation in Zimbabwe is bad, as there is no finance. Like now there is no rain and it's a problem (Zimbabwe, 50 ans Stofland).

Elle poursuit en précisant:

here it is easier to find work, as there are many farms compared to Zimbabwe. » (Zimbabwe, 50 ans Stofland) Une autre évoque : *« Hunger and not having money was my motivation to come to De Doorns* (Zimbabwe, 34 ans, Lubisi).

En somme, ces femmes considèrent avoir un meilleur accès au marché du travail en Afrique du Sud que dans leur pays d'origine. Certaines femmes expliquent que la migration offre de meilleures opportunités pour leurs enfants. Une précise:

Things in Zimbabwe are not going well so I came here to look for a job, and so my children could go to school and to give our children food (Zimbabwe, 34 ans, Lubisi).

Une autre explique:

[...] at least here you can get a job in the farms to do something for your children (Zimbabwe, 40 ans, Stofland, De Doorns et Mphumelelo).

Finalement, une dernière évoque:

It is a little bit better here because you can find money, though is not much, but you can still find 200ZAR and I can send my children to buy maize meal were in Zimbabwe to find 20\$ is not easy you can even spend two months without having 20\$ (Zimbabwe, 34 ans, Lubisi).

Ces passages indiquent que certains enfants des migrantes du corpus à l'étude ont de meilleures opportunités de vie en Afrique du Sud que dans leur pays d'origine.

Bien que les opportunités semblent plus nombreuses en Afrique du Sud, les témoignages de plusieurs femmes nous ont permis d'identifier des adversités. Tout d'abord, deux femmes ont rapporté travailler arduement et gagner peu d'argent, ce que nous croyons être un enjeu significatif. La première évoque:

I am now working in the fourth farm, harvesting grapes. I have changed farm 4 times. [...] Things were going well, when I went to work to the third farm, we were working very hard and getting paid littler money (Zimbabwe, 34 ans, Lubisi).

Cette femme explique travailler plus fort sur la troisième ferme, en recevant un salaire moindre que sur les deux premières, ce qui permet de conclure qu'elle a connu une dégradation quant au revenu touché. Une deuxième femme raconte:

I am working on three farms now. My life is difficult because things are expensive here, so it's better to go back home (Zimbabwe, 41 ans, Johannesburg et Stofland). Lorsque l'intervieweuse lui demande:

Even if you're working on three farms? » Celle-ci répond: « *Yes, I can't even afford to send money back home* (Zimbabwe, 41 ans, Johannesburg et Stofland).

Tout comme la première, cette migrante évoque travailler beaucoup tout en recevant peu d'argent. Elle précise aussi que l'argent gagné ne lui permet pas de vivre convenablement en Afrique du Sud. De plus, celle-ci soulève un enjeu important, c'est-à-dire celui d'envoyer de l'argent à la famille vivant encore dans le pays d'origine. Beaucoup de femmes ont quitté leur

pays afin de soutenir leur famille. Cependant, ceci devient problématique lorsqu'elles ne gagnent pas suffisamment d'argent pour s'auto-suffire dans le pays d'accueil.

L'augmentation du coût de la vie est une autre problématique rencontrée par une femme du corpus à l'étude. Elle explique:

Things are difficult, we are working for 120ZAR a day, but because of the rent and the increase food prices you cannot afford enough stuff to support your family. You also have to send money back to Zimbabwe because there is hunger (Zimbabwe, 34 ans, Lubisi).

Bien que cette femme ait pu se trouver un emploi dans son pays d'accueil, elle évoque que les sommes touchées ne lui permettent pas d'assurer une subsistance adéquate en Afrique du Sud. Tout comme la femme précédente, celle-ci supporte sa famille à l'étranger et cette situation a pour conséquence d'alourdir son fardeau financier. Elle conclut en mentionnant:

If I could get 600ZAR per day and 1200ZAR per night I will still not be able to purchase small items because the prices are high and money is little you see, that is how we are living (Zimbabwe, 34 ans, Lubisi).

Bien que celle-ci trouve du travail plus facilement que dans son pays d'origine, il semble que l'argent gagné couvre à peine les frais encourus pour vivre en Afrique du Sud. Le coût de la vie excèderait les revenus touchés par cette femme. Celle-ci explique gagner un salaire insuffisant pour se procurer des produits de première nécessité, tels que de la nourriture, ou encore, pour payer son loyer. Finalement, le fait de subvenir aux besoins de sa famille dans son pays d'origine a comme conséquence d'alourdir son fardeau financier.

À la lecture de certaines entrevues, *les conditions de vie* dans lesquelles vivent certaines femmes semblent parfois minimales. À la question:

What puts your health at risk? » Une femme répond: « *Is not to have clinic and be clean [...]. You will find used condoms everywhere, that's not good* (Zimbabwe, 50 ans, Stofland).

Une autre femme répond à la même question en évoquant:

It's not to have clean water and toilet and eat clean food (Zimbabwe, 41 ans, Johannesburg et Stofland).

Le thème de la propreté refait surface à l'intérieur de ces deux entrevues, ce qui laisse croire qu'il peut être parfois difficile d'atteindre un certain niveau d'hygiène pour ces femmes. Une autre participante explique:

We do take veggies and they teach us what to eat at the clinic, but because of money and termination of contracts, we are unable to afford such a lifestyle and all we eat is pap (Données non disponibles).

Ceci laisse croire que ce qui est considéré comme étant des éléments rudimentaires afin de préserver une bonne santé, par exemple, avoir accès à de l'eau potable, manger sainement, vivre

dans des conditions d'hygiènes optimales, etc. sont souvent difficilement atteignable pour certaines participantes.

Finalement, il semble que certaines femmes soient surqualifiées pour leur milieu de travail. En effet, deux femmes du corpus ont rapporté avoir quitté leurs études afin de travailler en Afrique du Sud, parce que les conditions de vie dans leur pays d'origine étaient déplorables ou parce qu'elles n'y trouvaient pas d'emploi. Une femme explique:

I have a normal life here, but you know how hard it is to find work in the farms although you cannot do anything because there are no other work. There is no work in Zimbabwe, even if you are educated. I was a teacher [in Zimbabwe] (Zimbabwe, 40 ans, Stofland, De Doorns et Mphumelelo).

Il semble que certaines femmes occupaient des emplois nécessitant des qualifications dans leur pays d'origine. Cependant, en Afrique du Sud, celles-ci n'ont qu'accès à des emplois sur des fermes. Bien que les opportunités de travail semblent plus nombreuses dans le pays d'accueil, il semble que les options demeurent très limitées quant aux emplois disponibles pour ces femmes, ce qui a comme conséquence d'entraîner un *changement de statut social*.

Une accessibilité aux services de soins de santé parfois limitée pour les migrantes

À l'intérieur du corpus à l'étude, certaines femmes ont rapporté avoir un meilleur accès aux services de soins de santé en Afrique du Sud que dans leur pays d'origine. Cependant, certaines limites ont aussi été soulevées. Tout d'abord, une première femme livre un témoignage concernant son expérience. Elle explique:

I am happy with the South African healthcare system, as I didn't get better treatment in Zimbabwe. [...] I am very satisfied with the services I received here as I came here very sick and thin. My mother can't believe it [...] she saw me when I [left] Zimbabwe [...] I was very sick and every time when I eat I [would] spill the food, so it was very bad for me until I [arrived] here and [started] to receive treatment and I get very emotional with kindness that I receive every time I visit the hospital or the clinic (Zimbabwe, 41 ans, Johannesburg et Stofland).

Pour cette femme, son voyage migratoire en Afrique du Sud a eu pour effet de lui ramener sa santé. Celle-ci est satisfaite du niveau d'accessibilité, mais aussi de la qualité des services de soins de santé reçus depuis son arrivée. Une autre femme évoque, lorsque demandée si les soins de santé sont satisfaisants:

Yes. The care is fine. (Zimbabwe, 40 ans, Stofland, De Doorns et Mphumelelo).

Bien que des femmes évoquent ne pas avoir rencontré de problèmes quant à l'accessibilité, plusieurs limites ont été identifiées dans le corpus à l'étude. Ces limites constituent des formes de violence, car elles créent de graves iniquités entre les différentes populations vivant en Afrique du Sud. La première ayant été soulevée est: les *limites financières*. Bien que les migrants aient accès à des cliniques, une femme évoque en connaître qui ne veulent pas les consulter par crainte de manquer une journée de salaire. Cette femme explique:

When you get sick on the farms they allow us to go to the clinic, but in my farm you do not get compensated, not even IZAR for that day (Zimbabwe, 34 ans, Lubisi).

Elle poursuit en évoquant:

I use the health services, but some people I know do not use it because they do not want to lose even a day of work, in this farm if you do not work for a day, you do not get paid [...] (Zimbabwe, 34 ans, Lubisi).

Elle précise:

The other farms that have worked on, if you bring the clinic letter they do pay you, so every farm is different (Zimbabwe, 34 ans, Lubisi).

Ceci indique que chaque ferme établit ses propres politiques quant à la rémunération lorsqu'un employé est malade et doit s'absenter pour consulter un médecin. Cette situation devient problématique lorsque les employeurs décident de ne pas rémunérer leurs employés en cas d'absence maladie. Il semble que des migrants soient réticents de consulter, ne voulant pas manquer une journée de salaire. Il serait important de préciser que beaucoup des femmes ont soulevé que les temps d'attente étaient élevés dans plusieurs cliniques. Ceci pourrait aussi contribuer à la réticence de certaines personnes d'aller consulter. Cette problématique a aussi été soulignée dans les recherches doctorales de Nafeesa Jalal, auteure des entretiens utilisés dans le cadre de cette recherche (Jalal, 2015). Finalement, cette femme livre un témoignage concernant une condition l'affectant, elle explique:

I have 6 years with the condition now and I have 8 years with HIV and AIDS. They wanted to operate me in 2013 for the Toroid, but the day of the operation in Wooster, I was told that it was very expensive and that I should go back to Zimbabwe to get the operation because I did not have money. I just left it like that (Zimbabwe, 34 ans, Lubisi).

Cette situation, ainsi que celles mentionnées précédemment, montre une limite financière quant à l'accessibilité aux services de soins de santé pour certaines migrantes du corpus à l'étude.

Une autre limite concernant l'accessibilité mentionnée durant les entrevues est liée à la *documentation officielle*. Une femme explique à l'intervieweuse:

In order to get some help you must first have ID or passport and most people don't have ID or passport and they end up not getting help at the clinic (Données non disponibles).

Une autre femme explique:

We don't get good service because we don't have passport or ID; they tell us we must get asylum (Données non disponibles).

Ceci soulève un enjeu important, car la constitution sud-africaine (The Republic of South Africa 1996) ainsi que *the Refugee Act* (The Republic of South Africa 1998) octroie des droits aux migrants, notamment la gratuité des soins de santé de base. Les témoignages livrés par ces femmes indiquent qu'une ou certaines cliniques ne respectent pas la législation mise en place, brimant ainsi le droit de certains migrants d'obtenir des services de soins de santé.

À l'intérieur du corpus à l'étude, certaines femmes ont exprimé que *la discrimination* figure parmi les limites à l'accessibilité aux services de soins de santé. En effet, une première femme explique que certains membres du personnel de la clinique qu'elle fréquente crient après des patients migrants. Elle explique que ce ne sont pas les infirmières, mais les gens qui s'occupent de vérifier leur pression qui agissent ainsi. Une autre explique que:

If you take your medication and drink at the same time you will lose weight and at the clinic they will shout at you for not taking care of yourself (Données non disponibles).

Les explications fournies par ces deux femmes indiquent qu'elles ont vécu ou ont été témoins d'une certaine forme de paternalisme de la part de certains membres du personnel soignant dans une ou plusieurs cliniques. Une autre femme livre un témoignage racontant une expérience qu'elle a vécue:

When you are Sotho and at the hospital, you are not offered a bed or food. I once went to the hospital having labour pain as I was pregnant and on my arrival I could not get any assistance [...] and also heard one of the nurse asking the other if I was Sotho. Then I was taken off the bed to a chair for the whole night without food, but food was passing in front of me, just because I am Sotho. The next morning one of them ask me if I was okay and just said yes knowing very well I am not. The same time I developed swollen legs (Données non disponibles).

Cette dernière explique qu'elle n'a pas pu bénéficier de soins appropriés du fait qu'elle soit migrante. Son expérience à l'hôpital ne fut pas agréable, étant privée d'un lit et de nourriture, contrairement aux autres patients. Elle conclut en mentionnant que sa condition s'est détériorée durant son séjour par manque de soins appropriés. Une autre femme explique que certains membres du personnel ne s'occupent pas convenablement des patients migrants à la clinique qu'elle fréquente. Elle explique qu'à cette clinique, monsieur R. est leur allié et leur offre de l'aide. Cependant, elle exprime qu'il est parfois difficile d'avoir accès à des soins lorsque ce dernier est absent:

When Mr. R. is not available at the clinic, we are unable to take our treatment [...] because he is the person who usually stands up for us. [...] The other time, I missed my appointment to take my treatment and because of that you will be told to come back next month, but TB treatment doesn't want to be skipped (Données non disponibles).

Ceci révèle que lorsque monsieur R. n'est pas présent, les patients migrants peuvent rencontrer certaines difficultés auprès du personnel soignant. Un enjeu important est soulevé par cette femme lorsqu'elle explique ne pas avoir reçu son traitement, faute de s'être présentée à son rendez-vous. En effet, tel qu'expliqué par celle-ci, certains traitements ne peuvent pas être manqués et le fait de reprendre le rendez-vous un mois plus tard peut être, dans certains cas, problématique. Une dernière femme du corpus exprime:

What I would like is for people for [Sothos] to be treated like human beings, as they are part of South Africa. [...] They must treat us with respect [...] either at the clinic or at work (Données non disponibles).

Ce dernier témoignage met en lumière les discriminations que peuvent subir certains migrants lorsqu'ils fréquentent les cliniques ou les hôpitaux afin d'y recevoir des soins.

La barrière linguistique a été identifiée comme étant une limite à l'accessibilité des soins pour les migrantes du corpus à l'étude. Cette limite est la plus importante, car plusieurs femmes en ont fait mention durant les entretiens. Une première femme explique:

They fight with us every time we go to the clinic and swear at us because we don't speak their language (Données non disponibles).

Une autre exprime:

The thing is that some of us didn't finish school; some of us don't know English that well and end up being scared to consult [...] (Données non disponibles).

Ces témoignages soulèvent une problématique importante en ce qui a trait à l'accessibilité. En effet, tel que mentionné par ces femmes, les migrants qui ne parlent ni anglais, ni la langue locale peuvent être victimes d'intimidation ou de discrimination de la part du personnel soignant, ce qui peut avoir comme conséquence de décourager les migrants de consulter les cliniques lorsque nécessaire. Une autre problématique liée à *la barrière linguistique* concerne les informations reçues par les migrantes lorsqu'elles consultent. Tel que mentionné par une femme:

The nurses [...] don't really explain to you what is really happening with your conditions because of the language barrier (Lesotho, 34 ans, Ceres, Eastern Cape et De Doorns).

Une autre femme explique:

What could be changed is for the clinic to have people who speak all languages because we are unable to consult because of language (Données non disponibles).

Elle conclut en disant:

My wish is that [...] they could have people who speak all languages so that when we can't speak Afrikaans we can still get help (Données non disponibles).

Comme la première femme, celle-ci exprime que la barrière linguistique demeure un enjeu à l'accessibilité.

Plusieurs femmes du corpus à l'étude ont mentionné que le personnel des cliniques exige parfois que les migrants trouvent un interprète afin d'avoir accès aux services de soins de santé. Une première explique:

My only problem is that as a migrant you don't know their language. They will ask you to get a translator and if you can't get one, they won't help you (Lesotho, 31 ans, Zinyoka, De Doorns et Lusibi).

Une autre femme évoque, lorsque demandé ce qu'elles font lorsqu'elles n'ont pas de traducteur:

It depends [...] you go outside to find a person you know and ask if she or he can be able to translate if they refuse, I go home (Données non disponibles).

Le fait de devoir trouver un traducteur pour avoir accès aux services de soins de santé entraîne deux enjeux importants liés à l'accessibilité. Tout d'abord, tel que mentionné par ces femmes, lorsqu'elles ne sont pas en mesure de trouver quelqu'un pour traduire, elles retournent chez elles et ne reçoivent pas de soins. Le deuxième enjeu soulevé est éthique et en lien avec le droit à la confidentialité. Devoir recourir à un traducteur entrave le droit à la vie privée de ces femmes. En effet, elles sont dépouillées du droit à la discrétion lorsqu'elles doivent amener une tierce personne à leurs rendez-vous médicaux. En somme, de nombreuses limites ont été identifiées à l'intérieur des entretiens conduits auprès de migrantes concernant l'accessibilité aux services de soins de santé en Afrique du Sud.

Plusieurs récits d'intolérance et d'exclusion sociale parmi les participantes

Le sentiment d'appartenance à l'Afrique du Sud est un sujet ayant fait surface à l'intérieur de certains entretiens. Lorsque la question suivante leur a été posée: « *Where do you consider home?* », la majorité des femmes expliquent ne pas considérer l'Afrique du Sud comme étant leur chez-soi. Au contraire, plusieurs entretiennent un sentiment d'appartenance envers leur pays d'origine (Lesotho ou Zimbabwe). Parmi celles ayant évoqué ceci, la principale raison du départ est la recherche d'emploi. De plus, la plupart de ces femmes évoquent vouloir retourner dans leur pays d'origine une fois qu'elles auront amassé suffisamment d'argent. Certaines femmes semblent ressentir une forme de mal du pays. Une d'entre elles explique:

We travel for better life, although these days you're not sure that you are travelling to a better life or bad. This is why I want to go home
(Zimbabwe, 34 ans, Lubisi).

Parmi les participantes du corpus à l'étude, deux femmes ont mentionné entretenir un sentiment d'appartenance envers l'Afrique du Sud. La durée de séjour et l'emploi sont des facteurs qui semblent influencer sur le sentiment d'appartenance. En effet, les principaux arguments formulés par celles-ci afin d'expliquer leur sentiment d'appartenance à l'Afrique du Sud sont qu'elles y demeurent depuis plusieurs années, qu'elles y ont bâti une vie et qu'elles ont un emploi.

Lorsqu'interviewées, beaucoup de femmes ont mentionné que leur principal réseau de soutien social était composé de membres de leur famille. Uniquement deux femmes du corpus ont mentionné que des amis et des collègues faisaient aussi partie de leur réseau social. Les femmes ayant rapporté *la famille* comme principale source de soutien sembleraient plus dépendantes de leur réseau social. En effet, parmi ces femmes, certaines ont spécifié avoir eu recours à un membre de la famille afin de consulter la clinique locale, ne sachant pas où se présenter, ni comment fonctionnait le système de services de soins de santé en Afrique du Sud. Une femme interviewée montre des signes d'isolement. À la question « *have people been friendly?* », elle répond:

I'm not a person with friends (Zimbabwe, 50 ans, Stofland).

Finalement, bien que certaines femmes aient exprimé des limites quant à leur épanouissement social en Afrique du Sud, les données disponibles ne permettent pas d'identifier des formes concrètes de violences. Cependant, celles-ci peuvent laisser croire que l'isolement social serait un enjeu que vivent certaines migrantes au quotidien.

Dans le cadre de l'entrevue de groupe, les femmes y ayant participé révèlent un aspect important de l'adversité sociale. Tout d'abord, l'une d'entre elles explique que les autorités policières mettent souvent du temps à répondre aux appels. Elle raconte:

We do [call them], but they take time to arrive and sometimes they arrive when a person had died (Données non disponibles).

Une autre femme, lorsqu'on lui demande d'identifier les défis qu'elle rencontre année après année, explique:

I only have two years here and the police are not doing their job properly because people are being killed and arrest them to release them later (Données non disponibles).

Elle poursuit en précisant:

As for people from Zimbabwe, they are not taken good care (Données non disponibles).

Selon cette femme, les autorités policières n'accomplissent pas leur rôle de manière appropriée et ne protègent pas les personnes du Zimbabwe. Ces témoignages indiquent une perte de confiance de la part des participantes envers les autorités policières. Certaines femmes vont aussi jusqu'à expliquer qu'elles ont été victimes de préjudices de la part de ces autorités, car elles sont migrantes. Une première explique :

Sometimes when they find that you are Sotho (faisant référence aux autorités policières), you don't get the service you want (Données non disponibles).

Une autre précise:

Here we have committees and we sometimes go to them and report domestic violence, but sometimes it gets out of hand and forced to go to the police station and when you get there you are served last because you are Sotho (Données non disponibles).

Plusieurs femmes ont rapporté des situations pouvant entraîner une perte de confiance envers les autorités policières locales. Certaines ont rapporté avoir vécu des formes de discrimination de leur part en raison du fait qu'elles sont migrantes. Cette discrimination est une forme d'adversité sociale que vivent ces femmes au quotidien. Bien qu'elles n'expliquent pas clairement comment elles vivent cette adversité, elles ont toutefois fait mention d'une perte de confiance en ces autorités. Nous croyons qu'il pourrait exister un lien entre les violences collectives vécues et l'intégration sociale des migrantes de notre corpus à l'étude. Plus précisément, que ces violences pourraient contribuer au fait qu'elles s'intègrent plus difficilement au pays. Cependant, nous devons être prudent en avançant une telle hypothèse, car la taille de notre échantillon ne nous permet pas de la valider.

PRESENTATION DES ANALYSES EFFECTUEES AUPRES DES TSC

VIOLENCES INTERPERSONNELLES

Les différentes catégories de violences interpersonnelles identifiées à l'intérieur des entrevues conduites auprès des TSC sont les mêmes que celles identifiées à partir des entrevues conduites auprès des migrantes du corpus à l'étude. En guise de rappel, celles-ci sont: les violences communautaires ainsi que la violence familiale et à l'endroit de partenaires intimes. À l'intérieur de la première catégorie mentionnée, le code focal retenu est : *les violences*. À l'intérieur de la deuxième catégorie, le code focal retenu est : *les relations interpersonnelles*. Les TSC, contrairement aux migrantes, n'ont pas abordé le thème des *risques associés au voyage*

migratoire lors des entrevues. Encore une fois, quant à la catégorie des violences interpersonnelles, le code axial identifié à l'intérieur des entrevues menées auprès des TSC est le même que celui identifié dans les entrevues des participantes migrantes, c'est-à-dire: *les adversités physiques et psychologiques* (voir annexe 6). Cette sous-section abordera la question de savoir comment les TSC ayant participé aux entrevues abordent les violences interpersonnelles que vivent les migrants en Afrique du Sud au quotidien

Une violence généralisée, mais des attaques xénophobes ciblées

Les sous-thèmes *des violences* ont été divisés de la même façon dans cette section que dans la section concernant les migrantes, c'est-à-dire de la manière suivante: *les actes violents, les insécurités et les causes*. Tout d'abord, concernant *les actes*, une première TSC rapporte que les vols demeurent problématiques dans la région où elle pratique. Elle explique:

[In] Stofland they steal your phones, even during the day. The most dangerous place is the circle (Données non disponibles).

L'intervieweuse renchérit en demandant: « *even in daylight, there is violence?* » La participante a répondu positivement à cette dernière question. Une autre TSC explique:

No, we don't feel safe even in your own house, because they break in your house in daylight (Données non disponibles).

Une autre femme mentionne:

They also cover themselves when they steal, so that you won't be able to identify them (Données non disponibles).

Ces extraits nous indiquent que ce ne sont pas uniquement les migrantes du corpus à l'étude qui subissent des formes de violences communautaires. En effet, les TSC sont, elles aussi, vulnérables aux vols.

Bien qu'une TSC rapporte qu'il n'y ait aucune forme de xénophobie en Afrique du Sud, plusieurs autres soulèvent que celle-ci est une des principales préoccupations chez les migrants. De plus, selon ces femmes, la xénophobie est le principal enjeu lié à la violence en Afrique du Sud. Lorsque l'intervieweuse demande à une des participantes:

Do you have an example of one story where you had a problem with the migrants and how you resolved it? » Celle-ci répond: « *No I don't, only the xenophobia attacks* (36 ans, Mpumelelo).

Elle raconte qu'après une de ces attaques, les migrants impliqués ont reçu le soutien des propriétaires de fermes et ont été placés dans un stade de sport afin d'assurer leur sécurité. Elle conclut en expliquant:

But the local people have welcomed them back in the community until now. [...] I want everybody to accept and respect migrant people because they are also human beings (36 ans, Mpumelelo).

Finalement, une dernière TSC raconte:

They feel like outsiders as they call them makwerekwere (foreigners)
(44 ans, Hasiequare).

Ces extraits indiquent que certains migrants sont confrontés à de multiples formes de violences xénophobes. Allant de l'isolement social à des attaques violentes, cette intolérance envers l'étranger menace leur intégrité physique et psychologique. Parmi les extraits relevés dans les entrevues, plusieurs TSC ont exprimé de l'empathie envers les victimes de ce type de violence.

Comme chez les migrantes du corpus à l'étude, les TSC révèlent que *les actes violents* entraînent des *insécurités*, non seulement pour les migrants, mais pour l'ensemble de la population sud-africaine. Dans un extrait cité ci-dessus, concernant les cambriolages des domiciles en plein jour, une participante a mentionné ne pas se sentir en sécurité dans sa propre maison. Elle mentionne aussi que son travail comporte des risques, car elle doit fréquemment se déplacer. Une autre participante explique:

The big challenge is they are always scared of Xenophobia and [what] I tell do not comfort them of not being scared as no one will beat them (36 ans, Mpumelelo).

Cette dernière explique que la violence et la xénophobie rendent les migrants craintifs de leur environnement, ce qui augmente leur niveau d'insécurité. Finalement, une TSC explique:

Most of them talk about it. » [...] When you are at work, you will hear them saying that is missing in their home. » (Données non disponibles)

Selon cette dernière, de nombreux migrants, confrontés à ces violences, parlent ouvertement des situations qu'ils vivent et mentionnent parfois s'ennuyer de leur pays d'origine.

Les TSC, comme les migrantes du corpus à l'étude, offrent différentes explications quant aux *causes* de la violence en Afrique du Sud. Une première explique qu'il existerait une corrélation entre le chômage et la violence. Une autre est de son avis, en expliquant:

You can't walk alone all the time. Especially in Lubisi because there are a lot of men who sit in groups and are unemployed (Données non disponibles).

Selon cette dernière, ces hommes seraient responsables de la violence dans sa région, violence attribuable au fait qu'ils n'ont pas d'emploi. Pour une autre participante, la pauvreté et la consommation de drogues au sein de la population seraient les principaux vecteurs de cette violence. Une femme, lorsque questionnée sur les auteurs de ces actes, répond:

Is both sides [...] But migrants also got tired of being beaten by the local people, so they are fighting back (Données non disponibles).

Selon cette femme, la violence serait attribuable tant aux nationaux qu'aux migrants. Toutefois, cette dernière explique que plusieurs migrants en ont assez d'être les victimes et que certains d'entre eux ont commencé à riposter. Tel que mentionné précédemment, la xénophobie a aussi comme conséquence d'engendrer la violence et demeure une cause importante à considérer dans nos analyses. Finalement, selon une dernière TSC, la violence serait en augmentation depuis les dernières années en Afrique du Sud. En somme, le chômage, la pauvreté, la consommation de drogues, mais surtout la xénophobie, sont les principales causes de la violence mentionnées par les TSC interviewées.

Les violences familiales et à l'endroit de partenaires intimes ont aussi fait surface dans les entretiens menés auprès des TSC. Bien qu'une seule TSC du corpus à l'étude en ait fait mention, son témoignage demeure important et doit être considéré. Cette dernière raconte une situation vécue lors d'une de ses visites routinières, dans le cadre de ses fonctions. Il serait important de spécifier que le prochain extrait peut être troublant pour certains lecteurs:

[...] One of my migrant family from Lesotho. I once went there alone and find a 5-year-old baby lying on the bed and I asked what the matter with the child? She replied by saying she has a fever and when I touched the baby I sense there is more to the fever. After some days her neighbour told me that the boyfriend is raping the child and abusing the mother, when I went there to comfort her, she was very scared and I had to tell her that I will get the police for her and she started to talk and tell me that her boyfriend is raping the child and even on my last visit he heard from people that I was there and hit her. I then took them to the victim protection ward [and] the police went to arrest him at work. The baby was taken to the hospital and the mother was taken to counselling which both of them received counselling for a year now. But now they are okay and both parents were HIV positive. (29 ans, Stofland)

Cet extrait comporte plusieurs éléments à considérer dans nos analyses. Toutefois, celui-ci étant le seul du corpus à l'étude, les conclusions que nous pouvons en tirer demeurent limitées. Tout d'abord, ce témoignage révèle une situation de violence familiale et conjugale à l'intérieur de cette famille nucléaire. Soulignons que cette forme de violence est extrêmement problématique, et conserve une forte prévalence au pays (Gass, Stein, Williams, Seedat, 2011). Un autre élément important à considérer est la vulnérabilité des enfants aux différentes formes de violence, mais plus particulièrement aux violences sexuelles, en Afrique du Sud. À l'intérieur de cet extrait, l'intervieweuse demande à la participante si l'enfant a contracté le VIH à la suite des abus qu'elle a subis. Cette dernière répond:

She was not, but because of the rape from the father she is now HIV positive (29 ans, Stofland).

En plus des séquelles physiques et psychologiques, les violences que vivent ces enfants et ces femmes peuvent engendrer de graves conséquences, par exemple, la contraction d'une ITSS et/ou du VIH-SIDA. Finalement, le dernier élément à aborder concernant cet extrait est le système de soutien dont ont bénéficié les deux victimes. La femme craignait dénoncer les agissements de son mari, appréhendant ses représailles. Toutefois, les voisins, au courant de la situation, ont dénoncé ses agissements à la TSC. Lorsque cette dernière a été mise au courant, elle n'a pas hésité à intervenir afin de venir en aide aux victimes de cet homme. Dans ce cas précis, cet extrait montre que dans l'adversité, la femme et l'enfant victime de violence conjugale ont reçu le soutien de leur entourage afin de les sortir de cette situation. Aussi, la TSC mentionne que la mère et l'enfant ont reçu des soins psychologiques après que le mari ait été arrêté. En somme, dans l'adversité ces derniers ont bénéficié d'un système de soutien.

LES VIOLENCES COLLECTIVES

Les violences collectives identifiées à l'intérieur des entrevues conduites auprès des TSC sont identiques à celles soulevées dans les entretiens réalisés auprès des migrantes, c'est-à-dire : la précarité et les violences économiques ainsi que la violence sociale. Encore une fois, deux codes axiaux ont été identifiés à l'intérieur de la première catégorie: *les adversités matérielles et économiques* ainsi que *l'accessibilité aux services*. À l'intérieur de la catégorie première catégorie, le code focal soulevé est: *le manque de ressources*. Concernant *l'accessibilité aux services*, les codes focaux retenus sont: *l'accès aux soins et l'accès à l'éducation*. À l'intérieur de la catégorie des violences sociales, un seul code axial a été retenu, celui-ci est: *les adversités sociales*. Le code focal identifié à l'intérieur des entrevues est: *les attitudes envers les migrants* (voir annexe 6). Dans cette section, nous expliquerons comment les TSC ayant participé aux entrevues expliquent les violences collectives vécues par les migrants qu'elles côtoient en Afrique du Sud.

Inégalités et clivages économiques une des causes de la violence collective en Afrique du Sud

Le manque de ressources est une problématique qui a été identifiée lors des analyses. Dans les entrevues réalisées auprès des TSC, deux femmes ont mentionné que les migrants

souffraient de certaines *limites financières*, plus précisément lorsque l'intervieweuse leur posa la question suivante: « *What challenges have you meet as a CHW?* » Une première TSC a répondu:

One is when a person has died and you went to the family to show your support and they will think you are there to offer money (44 ans, Hasiequare).

Elle poursuit en évoquant:

We always tell them to join funeral covers, which they don't and it is very sad to experience that, when a family cannot afford their funeral expenses (44 ans, Hasiequare).

Cette femme explique que ces derniers croient souvent, à tort, que les TSC leur fourniront un appui financier. Une seconde participante raconte une histoire similaire en expliquant:

When death has occurred in a family and when you get there for support they think [you're] there to offer money or grocery (40 ans, De Doorns).

Tout comme la première femme, celle-ci explique que les migrants croient qu'ils recevront de l'aide financière de la part des TSC.

Le deuxième sous-thème identifié à l'intérieur des entrevues rassemble *les conditions de vie*. Une première TSC, lorsque questionnée sur son emploi, explique :

The challenge I meet is hunger (36 ans, Mphumelelo).

Elle poursuit en expliquant:

Basically what I like about my job both as a CHW and working for NORS is the fact that I help people who are really struggling in terms of food and feed them (36 ans, Mphumelelo).

Ces extraits nous indiquent que certaines familles de migrants ont de la difficulté à obtenir des produits de première nécessité, tel que de la nourriture. Le second extrait nous suggère aussi que ces derniers peuvent recevoir un soutien de la part de la communauté afin de remédier à ces manques. Cependant, lorsqu'on lui demande: « *What else can you do to make their experience better?* », une TSC propose l'ouverture d'une autre soupe populaire, car celle de sa région fonctionne à pleine capacité. Ceci pourrait indiquer que les ressources mises en place ne sont pas toujours suffisantes pour répondre aux besoins. Une autre femme du corpus raconte:

I think it is important to have more daycare here in De Doorns especially for migrant children (29 ans, Stofland).

Cet extrait indique, encore une fois, que les ressources sont existantes, mais insuffisantes pour répondre à la demande. De plus, nous comprenons qu'il puisse être parfois compliqué pour les migrants de concilier le travail sur les fermes et la vie de famille. De plus, certaines de ces familles ont un système de soutien restreint, puisqu'elles sont éloignées de leurs amis et de leur famille. Ainsi, elles peuvent avoir de la difficulté à trouver des gens pouvant garder leurs enfants durant les heures de travail. Il pourrait être intéressant d'investiguer s'il existe un lien entre la

décision de plusieurs femmes de laisser leurs enfants dans le pays d'origine lorsqu'elles viennent travailler en Afrique du Sud et l'accès aux ressources d'aide familiale telles que les garderies. Lorsque demandé : « *What are some additional services that CHW could offer; that you don't offer now that you feel will be helpful to them?* » La TSC répond:

Clothes for the children. I wish we could have sponsors who can provide clothes for children here as they are really struggling for those and you will find a child with no shoes or one pair for the whole year to go to school (29 ans, Stofland).

Ceci indique, encore une fois, que certaines familles migrantes ne sont pas en mesure de se procurer des produits essentiels. Finalement, une dernière TSC explique:

The problem is that they don't want to stay in their shacks as they always ask if I know a person who sell a house or rent it out because they don't have electricity in their shacks (36 ans, Mphumelelo).

Cet extrait indique que certains migrants puissent vouloir augmenter leur niveau de vie. Le terme *shack* et le fait que la TSC précise que certains migrants n'ont pas accès à l'électricité sont des indicateurs de faibles conditions de vie pour certains migrants vivants en Afrique du Sud.

L'accessibilité aux services : une réalité complexe pour les migrants

L'accessibilité aux services est une problématique identifiée à l'intérieur des entretiens menés auprès des TSC. Une seule TSC interviewée indique que, selon elle, il n'existe aucune limite à *l'accessibilité aux services de soins de santé* pour les migrants en Afrique du Sud. Cependant, plusieurs autres TSC ont indiqué des limites quant à cette accessibilité. La première limite soulevée concerne *la documentation officielle*. Certains migrants n'ont pas la documentation et rencontrent ainsi des problèmes d'accessibilité. Une première TSC indique qu'en l'absence de cette documentation, les migrants peuvent se procurer un affidavit, qui leur permet d'avoir accès aux services de soins. Toutefois, elle explique que l'affidavit:

Makes things easier and there is nothing you can do without legal documents (Données non disponibles).

Une autre TSC explique:

I think the reason they don't seek healthcare is because they don't have ID (28 ans, Stofland).

Elle poursuit avec cette anecdote:

It seems because the other time this lady was crying because she couldn't get help as she didn't have ID and she was sick (28 ans, Stofland).

Selon une autre femme interviewée:

On my side, I don't think there is a problem to access health services; the only problem is when they access care without documents (Données non disponibles).

En somme, bien qu'une TSC explique qu'il n'y a pas de problèmes d'accessibilité aux services de soins de santé pour les migrants en Afrique du Sud, d'autres indiquent que ces derniers peuvent avoir accès à un affidavit, ce qui simplifie l'accessibilité en l'absence de documentation officielle. Toutefois, ce ne sont pas tous les migrants qui sont informés quant à ces procédures particulières. Finalement, deux femmes du corpus à l'étude expliquent qu'il est compliqué d'avoir accès à ces services sans documentation. Ces différents points de vue concernant l'accessibilité aux services de soins de santé sans documentation officielle peuvent indiquer que les politiques puissent différer dans les différentes cliniques que fréquentent les migrants.

La xénophobie est la seconde limite à l'accessibilité identifiée à l'intérieur des entretiens. Une première femme explique que certaines infirmières refusent de parler anglais, même si elles le peuvent. Elle raconte:

Yes is racism. I can put it that way, because is like they force you to speak Afrikaans and you don't know Afrikaans (Données non disponibles).

Elle poursuit en évoquant:

The staffs at the clinic have moods and scare the patients (Données non disponibles).

Selon cette dernière, certains infirmiers auraient des comportements xénophobes en refusant de s'adresser aux migrants en anglais. De plus, elle raconte que le personnel de la clinique où elle travaille a parfois des sautes d'humeur, ce qui effraie certains patients. Elle attribue ces sautes d'humeur au fait que le personnel soit surmené. Une autre TSC explique que les migrants sont souvent nerveux. Elle explique que ceux-ci:

« are scared of nurses (36 ans, Mphumelelo).

Une seconde participante renchérit en mentionnant:

I think is because they are scared of the people because they come from other countries. » (29 ans, Stofland)

Elle explique:

You will find that farmers don't encourage them to go to the clinic as they think they only want to escape work and when we visit them it will be too late for them in regard to their disease (29 ans, Stofland).

Elle poursuit en précisant:

We targeted three farms because of the owners who had problems giving their employees time to visit the clinic (29 ans, Stofland).

Cette dernière explique que certains fermiers ne permettent pas aux migrants malades d'aller consulter, car ils croient que ceux-ci tentent de manquer une journée de travail. Ce genre de

préjugé est une grave atteinte au droit des migrants et peut avoir un impact sur leur accessibilité aux soins de santé.

La plus grande problématique identifiée à l'intérieur du corpus à l'étude concernant l'*accessibilité* est la *barrière linguistique*. Une première TSC raconte:

They have people to assist with all languages at the clinic and for Zimbabwe they always use English (28 ans, Stofland).

À la clinique où travaille cette femme, les migrants ont accès à du personnel pouvant les assister en anglais ou d'autres langues lorsqu'ils consultent. Cependant, ceci ne semble pas être le cas de toutes les cliniques en Afrique du Sud. Une autre raconte:

We need translators at the clinic in order to make communication easier (44 ans, Hasiequare).

Une autre TSC réitère l'opinion de son homologue en évoquant :

I think we can have translators at the clinic that is very important. Even though we have people who speak Xhosa but they are not translators and that sometimes delay the service at the clinic as they will doing their own job and that sister will go to the chemist and get tablet for the patient without knowing what's going on with the patient (29 ans, Stofland).

Selon cette femme, le fait qu'il n'y ait pas de traducteurs dans certaines cliniques peut engendrer des délais et des incompréhensions qui peuvent entraîner des conséquences pour les patients migrants. Une autre TSC raconte :

And sometimes really a communication problem like when the pharmacy explains how you should take your medication and you don't understand. So we went to visit them they ask you how they should take their medication. We have to explain to them. Sometimes a patient is from Worcester and didn't understand how he or she should take her medication, and there are a lot of patients that we receive here in the community that didn't understand the instructions (Données non disponibles).

Cette TSC explique que la barrière linguistique peut entraîner certaines complications, par exemple, que le patient ne comprenne pas la posologie de la médication qu'on lui a prescrite ou encore le diagnostic annoncé. Ceci peut entraîner de graves conséquences pour les patients, tel que des maladies non traitées. Une autre TSC explique que parfois:

The sister can speak English, but she does not want to speak English, only Afrikaans (Données non disponibles).

Elle précise:

And you will find that patients don't get help at the end of the day, and go home if they cannot find a translator for that patient (Données non disponibles).

Le fait que certains membres du personnel soignant refusent de parler l'anglais nuit à l'accessibilité aux services de soins de santé pour les migrants, car tel que précisé par cette TSC,

lorsqu'ils sont confrontés à cette barrière, plusieurs migrants retournent à la maison sans avoir rencontré un professionnel de la santé. Une autre TSC réitère cette information. Lorsqu'on lui a demandé: « *So patients are coming to the clinic, nobody understands them... and they go home?* », elle a répondu:

Yes and that patient will go straight to Worcester (hospital) and still find the same problem of communication. [...] And at the end of the day the patient won't get any help because of language (Données non disponibles).

Nous comprenons que la barrière linguistique affecte directement l'accessibilité aux services de soins de santé pour les migrants, ce qui peut entraîner de graves conséquences sur leur état de santé.

D'autres limites quant à l'accessibilité ont été identifiées dans le corpus à l'étude. L'une d'entre elles, identifiée par une TSC, est *la limite financière*. Elle explique:

They don't want to wait for long times at the clinic because they are scared to lose a day at work.

Cette dernière raconte la crainte de certains migrants de ne pas recevoir de compensation ou de ne pas toucher à une journée de salaire s'ils vont consulter. Finalement, la dernière limite identifiée est *le patriarcat*. En effet, une TSC explique:

Mostly men have a problem to access the clinic when they are sick and they also refuse their wives to go to the clinic when they are sick (40 ans, De Doorns).

Selon cette femme, certains migrants ne vont pas consulter, mais empêcheraient aussi leurs femmes de se rendre à la clinique lorsqu'elles en ont besoin. Bien que cette information soit pertinente dans le cadre de nos analyses, aucune précision n'a été fournie quant à la raison d'un tel refus de la part de leur mari. De réelles conclusions ne peuvent donc pas être tirées de cet extrait.

L'accès à l'éducation est une autre problématique relative à l'accessibilité aux services soulevée dans les entretiens. Des TSC du corpus à l'étude expliquent que certains enfants migrants ont de la difficulté à accéder aux bancs d'école, car ceux-ci n'ont pas *la documentation officielle* appropriée. Une première femme explique:

You can't take a child to school without certificate. If you do take the child without certificate, it is your responsibility to issue everything is okay for the child or that child will just go on without support (Données non disponibles).

Selon cette dernière, les enfants sans papiers n'ont pas accès au même support que les autres enfants. Lorsqu'on lui a demandé: « *Is there anything you could do better if you had more*

training or experience? » Une femme a répondu vouloir venir en aide aux enfants de migrants afin qu'ils puissent avoir accès à une éducation. Elle explique:

I would especially help Lesotho children, as they can't go to school because they don't have the papers. Like one I know from Lesotho who grew up here has passed her matric but she can't get her certificate because she does not have papers (29 ans, Stofland).

Finalement, une dernière femme explique que sans documentation officielle et sans équivalence, la reconnaissance de l'éducation des migrants peut être compliquée. Ceci peut avoir comme impact de ralentir leur cheminement académique. Une TSC explique:

Another problem is the ID, as you can't do anything without an ID. Even if you passed Grade 12, you can't go further because you don't have ID (Données non disponibles).

L'absence d'une documentation officielle peut être une embuche à l'accessibilité à l'éducation pour les migrants vivants en Afrique du Sud selon certaines TSC du corpus à l'étude.

Les craintes de migrants et les préjugés entretenus à leur égard

Lorsqu'on lui a demandé comment elle percevait sa relation avec les migrants par rapport au reste de la communauté, une première TSC raconte:

At first it was difficult but it got better as we go along. The reason is because they are scared of the government's car when they see one and that they are not used to this kind of life us living (29 ans, Stofland).

Celle-ci explique que certains migrants ont *peur des autorités compétentes*. Elle poursuit en évoquant:

What are some challenges is that they are people who live with fear from the police that they will deport them and fear from social worker, thinking they will take their children away from them because we sometimes go to their houses with social workers (29 ans, Stofland).

Selon cette TSC, les migrants vivent dans la crainte de se faire déporter, en raison de leur statut incertain en Afrique du Sud. Elle évoque aussi qu'ils ont peur des travailleurs sociaux, craignant de se faire rapporter aux autorités ou de se faire enlever la garde de leurs enfants.

Une des TSC du corpus à l'étude a livré des propos quelque peu péjoratifs à l'égard des migrants vivants en Afrique du Sud. Lorsqu'on lui a demandé si ces derniers adoptaient des comportements à risques, celle-ci a rétorqué:

I am sure they doing risky things. [...] By having sex with no condoms and buy not taking their treatment (44 ans, Hasiequare).

Ce type de généralisation, venant d'une TSC, peut avoir des impacts négatifs sur les populations migrantes. En effet, les TSC côtoient régulièrement ces populations et peuvent être considérées comme étant des canaux pertinents d'information pour les nationaux. Parler ainsi des migrants pourrait augmenter le nombre de préjugés envers eux et augmenter l'animosité des nationaux face à ces derniers. Ce type de préjugé pourrait aussi modifier le comportement des TSC face aux migrants, adoptant une attitude davantage paternaliste à leur égard. Finalement, lorsqu'on lui a demandé: « *What are some factors that you feel are rewarding for you as a CHW?* » une TSC du corpus a répondu:

Because they appreciate me and when they see me they always show that appreciation and also they see me as a leader (36 ans, Mphumelelo).

Cette femme raconte que les migrants qu'elle côtoie l'apprécient et qu'ils lui démontrent de l'appréciation, ce qui est très positif. Cependant, le dernier segment de la phrase peut poser un problème, lorsqu'elle affirme que les migrants la perçoivent comme étant un leader. En effet, ceci impose une sorte de hiérarchie, alors que cette dernière devrait normalement être au service des migrants qu'elle côtoie. Cependant, nous devons faire attention dans l'interprétation de cette dernière phrase, la femme voulant peut-être exprimer autre chose. Il serait toutefois intéressant d'explorer la perception du statut des TSC face aux migrants pour lesquels elles travaillent.

ANALYSES COMPARATIVES

LES VIOLENCES INTERPERSONNELLES

Différentes conclusions ont pu être tirées des analyses approfondies réalisées concernant cette typologie de la violence. En effet, plusieurs liens ont pu être établis entre les témoignages livrés par les migrantes et les TSC du corpus à l'étude. En ce qui a trait aux codes *les relations personnelles* et *les violences*, plusieurs TSC ont validé ou même renchéri sur les propos des migrantes. Cependant, ce sont uniquement les migrantes qui ont abordé le thème *des risques associés au voyage migratoire*, ce qui semble logique, puisqu'elles sont les seules à avoir vécu l'expérience migratoire. En somme, cette section présentera les ressemblances ainsi que les dissemblances des conclusions tirées des analyses effectuées, pour les deux séries d'entrevues, c'est-à-dire celles réalisées auprès des migrantes ainsi que les TSC, concernant les violences interpersonnelles.

Une violence généralisée, des attaques ciblées et des stratégies de protection chez les migrantes

Tel que mentionné précédemment, les migrantes du corpus à l'étude ont été les seules à aborder *les risques associés au voyage migratoire*. Plusieurs d'entre elles ont rapporté avoir voyagé en toute sécurité. Toutefois, une participante a expliqué que les femmes voyageant seules et de manière non conventionnelle s'exposaient à des risques de violences. Le fait que ce thème ne soit pas récurrent à l'intérieur des entrevues ne nous permet pas de tirer davantage de conclusions. Cependant, il pourrait être intéressant d'investiguer ce thème plus en profondeur afin de mieux comprendre les risques que peuvent encourir les femmes migrantes selon la manière de voyager favorisée. À l'intérieur du thème *des violences*, les mêmes sous-thèmes ont été décelés dans les deux séries d'entrevues analysées, c'est-à-dire : *les actes violents*, *les insécurités* et *les causes*. Tout d'abord, les migrantes ainsi que les TSC ont rapporté être victimes d'actes violents. En effet, alors que plusieurs TSC ont évoqué être victimes de vols, certaines migrantes ont mentionné être victimes de vols ainsi que d'agressions physiques. Ceci permet de conclure que *les actes violents* touchent plusieurs femmes du corpus à l'étude, tant les migrantes que les TSC. Toutefois, les TSC ont été les seules à mentionner les attaques xénophobes dirigées contre les migrants dans les entretiens. De plus, selon celles ayant rapporté ce type de violence, la xénophobie figure parmi les principaux enjeux liés à la violence en Afrique du Sud. Les migrantes ainsi que les TSC ayant participé aux entrevues ont expliqué que *les actes violents* avaient pour conséquence d'augmenter les niveaux d'insécurité au pays. En effet, des TSC ont mentionné ne pas se sentir en sécurité dans leur propre maison en raison des nombreux cambriolages. Une femme a aussi mentionné considérer son travail risqué, car elle doit fréquemment se déplacer, ce qui la rend plus vulnérable aux diverses formes de violences. Une migrante du corpus à l'étude a aussi évoqué ne pas se sentir en sécurité lors de ses déplacements en ville. Ici, nous pouvons poser l'hypothèse que les femmes sont plus susceptibles de subir des violences lorsqu'elles se déplacent seules en Afrique du Sud. Cette insécurité peut être attribuée aux taux de violence élevés, affectant plusieurs, sinon toutes les strates de la société. Des similarités ont été identifiées quant *aux causes* soulevées par les migrantes et les TSC afin d'expliquer la violence au pays. Les participantes des deux séries d'entrevues réalisées ont mentionné que les violences émanent de causes multiples. Des migrantes et des TSC ont évoqué

le chômage, la pauvreté et la compétitivité économique comme étant des vecteurs de violence. D'autres migrantes et TSC ont mentionné que la consommation de drogues et d'alcool aurait pour effet d'engendrer la violence. Selon plusieurs femmes interviewées, la xénophobie jouerait aussi un rôle concernant cet enjeu. Lorsqu'on leur a demandé qui sont les principaux auteurs d'actes violents, plusieurs migrantes et TSC ont répondu que cette responsabilité incombait tant aux nationaux qu'aux étrangers. Selon ces dernières, les migrants perpétrant des actes violents le feraient pour assurer leur subsistance, mais aussi afin de riposter contre la violence qu'ils subissent. Finalement, les femmes du corpus à l'étude sont conscientes des dangers auxquelles elles sont confrontées au quotidien et vivent dans un climat d'insécurité. Certaines femmes ont même mentionné avoir développé certaines stratégies de protection afin d'éviter des situations où elles pourraient devenir victimes de violence, par exemple, effectuer leurs déplacements en taxi.

En somme, concernant les entrevues menées auprès des migrantes, une première femme a rapporté ne pas vouloir côtoyer d'hommes, car ces derniers augmentent son niveau de stress, ce qu'elle considère nocif pour sa santé. Une autre participante migrante, ayant elle aussi mentionné des relations personnelles complexes, a expliqué à l'intervieweuse qu'elle évitait de recourir au soutien de son mari, car ce dernier lui reprendrait tout s'il la quittait. Le thème de l'évitement a été retenu afin d'illustrer la manière dont ces femmes vivent cette forme d'adversité. À l'intérieur des entrevues menées auprès des TSC, une femme a raconté l'histoire d'un abus familial, où une jeune enfant de cinq ans et sa mère vivaient des violences physiques et sexuelles de la part du père. La TSC a raconté que la mère craignait dénoncer les agissements de son mari, face à d'éventuelles représailles. Elle évitait le contact avec autrui et évitait surtout de parler des violences subies. Les stratégies de protection ont aussi fait surface dans cette entrevue, plus précisément, lorsque la TSC a raconté que la femme refusait de demander de l'aide et s'isolait. Les conclusions retenues de ces extraits sont que ces femmes, lorsqu'elles vivent de la violence familiale et/ou à l'endroit de partenaires intimes, semblent adopter une attitude d'évitement. À l'intérieur des entrevues à l'étude, les stratégies de protection peut prendre différentes formes : en évitant les relations avec les hommes, en évitant de recourir à leur soutien ou encore en évitant de dénoncer les abus subis par un partenaire intime. Tel que souligné dans l'extrait de la TSC, il existe en Afrique du Sud des systèmes de soutien pour ces femmes, où elles peuvent aller chercher de l'aide. Toutefois, il pourrait être pertinent de former les TSC à reconnaître les

situations de violences conjugales/familiales afin de mieux intervenir auprès des femmes ainsi qu'inciter les victimes à parler et dénoncer les situations d'abus familiales.

LES VIOLENCES COLLECTIVES

Une précarité économique qui augmente la vulnérabilité aux violences chez les migrants

Les analyses effectuées auprès des migrantes du corpus à l'étude nous permettent de conclure que la grande majorité des participantes ont migré afin d'améliorer leur qualité de vie et/ou celle de leur famille. En effet, plusieurs ont rapporté qu'il était plus facile de trouver de l'emploi en Afrique du Sud que dans leur pays d'origine et ainsi rehausser leur niveau de vie. Cependant, quelques limites ont été relevées quant aux conditions dans lesquelles vivent certaines femmes migrantes. Le thème principal qui est ressorti de l'analyse des entrevues réalisées auprès des TSC est *le manque de ressources*. D'abord, les TSC ont abordé les limites financières rencontrées par certains migrants. Elles ont également abordé les conditions parfois précaires dans lesquelles vivent ces derniers. Il a été mentionné que plusieurs n'ont pas les moyens d'acquérir des produits essentiels, tels que de la nourriture ou des vêtements. Bien que des ressources semblent exister afin de pallier à ces manques, des TSC ont évoqué que celles-ci étaient souvent achalandées. Il a été mentionné, à l'intérieur d'une entrevue, que certains migrants vivent dans des *shacks* et que plusieurs n'ont pas accès à l'électricité. Cette information nous permet de poser l'hypothèse que certains ont de faibles conditions de vie. L'analyse des entrevues réalisées auprès des migrantes corrobore ces faits. En effet, elles y font mention de conditions de vie parfois minimales. Plus précisément, les analyses ont permis de mieux cerner les causes liées au manque de ressources. Selon les explications tirées des entrevues réalisées auprès des migrantes, l'augmentation du coût de la vie, le fait de devoir envoyer de l'argent à la famille restée dans le pays d'origine, mais surtout, les salaires peu élevés et la faible diversité d'emplois seraient les principales raisons des précarités financières et des privations matérielles que vivent ces femmes. Ces disparités génèrent la précarité au sein de cette population et a pour conséquence d'augmenter leur vulnérabilité, tant au niveau économique que social. Finalement, concernant la manière dont ces femmes vivent cette violence économique, deux réalités ont été

soulevées. Alors que certaines femmes désirent rehausser leur niveau de vie en Afrique du Sud, plusieurs migrantes du corpus préféreraient quitter afin de retourner dans leur pays d'origine.

Plusieurs limites à l'accessibilité universelle aux services en Afrique du Sud

À l'intérieur du corpus à l'étude, deux migrantes interviewées ont révélé être satisfaites des services de soins de santé reçus en Afrique du Sud. Quant aux TSC, une seule d'entre elles a mentionné qu'il n'y avait aucun problème d'accessibilité pour les migrants. Toutefois, malgré ces trois témoignages positifs, des limites ont été identifiées à l'intérieur des différentes entrevues. La première limite identifiée est *la limite financière* qui a été rapportée à la fois par des migrantes et des TSC ayant participé à l'étude initiale. Des femmes appartenant aux deux séries d'analyses ont mentionné connaître plusieurs migrants ne voulant pas consulter les cliniques par crainte de manquer une journée de salaire. Cependant, à l'intérieur d'une entrevue, une TSC a mentionné que certains fermiers ne permettent pas à leurs employés migrants de consulter les cliniques, croyant que ces derniers désirent s'absenter du travail. Elle a aussi précisé que l'organisme pour lequel elle travaille a identifié trois fermes problématiques. Ces deux phénomènes, quoique contradictoires, nous poussent à croire qu'il serait bénéfique de réviser et uniformiser les politiques concernant l'absentéisme dans les fermes. Finalement, une femme du corpus a raconté ne pas avoir eu recours à une opération, car elle n'avait pas les moyens de déboursier les frais encourus pour celle-ci. Tel que mentionné précédemment, la précarité financière découlant des inégalités sociales en Afrique du Sud est considérée comme étant une forme de violence économique. Il peut être avancé que ces précarités financières peuvent avoir un impact sur la santé et la qualité de vie des migrants vivant en Afrique du Sud.

Une autre limite mentionnée à la fois par les migrantes et les TSC est la *documentation officielle*. Bien que certaines femmes des deux séries d'entrevues analysées aient mentionné que tous ont accès aux services de soins sans nécessairement posséder de documents officiels, plusieurs d'entre elles ont exprimé des difficultés pour ceux n'en détenant pas. Plusieurs migrantes du corpus à l'étude ont expliqué que l'accès demeure difficile, voir impossible en l'absence de celle-ci. Certaines TSC ont validé ces informations, mais ont aussi expliqué que les migrants pouvaient avoir accès à des affidavits lorsque ceux-ci n'avaient pas de papiers. Cependant, aucun migrant interviewé n'a mentionné les affidavits comme alternative. Ceci peut

laisser croire que, bien qu'une telle mesure soit implantée, tous ne sont pas au courant qu'ils peuvent en bénéficier. Il serait intéressant d'interroger les migrants afin de déterminer combien d'entre eux sont au courant de cette procédure. Il serait aussi pertinent de déterminer quelles sont les cliniques problématiques afin de remédier à la situation.

La troisième limite identifiée quant à l'accessibilité est *la discrimination* vécue par les migrants de la part de certains membres du personnel soignant. Tout comme les trois autres limites mentionnées précédemment, celle-ci a été relevée à la fois par les migrantes et les TSC. À l'intérieur du corpus à l'étude, plusieurs ont mentionné que certains employés des cliniques adoptaient une attitude agressive envers les migrants et faisaient usage de violence verbale à leur égard. Une TSC a mentionné que ces comportements rendaient les patients migrants nerveux et les décourageaient de consulter les cliniques. Aussi, une femme migrante a livré un témoignage quant à une expérience vécue, où elle raconte avoir été victime de discrimination et ne pas avoir reçu les soins appropriés lors d'une visite à l'hôpital lorsqu'elle était enceinte. D'autres femmes du corpus ont livré des témoignages semblables quant à leur statut de migrant et la difficulté à recevoir des soins. En somme, toutes les formes de discriminations décrites ci-dessus peuvent avoir comme conséquence de décourager les migrants à consulter lorsqu'ils en ont besoin, ce qui brime leur accessibilité aux services de soins de santé.

La limite la plus souvent mentionnée, à la fois par les migrantes et les TSC ayant participé à l'étude, est la *barrière linguistique*. Selon plusieurs femmes des deux séries d'entrevues analysées, certains membres du personnel soignant des cliniques refusent de s'adresser aux migrants dans une langue autre que l'Afrikaans. De plus, elles expliquent que la barrière linguistique peut entraîner des incompréhensions et de la confusion, surtout en ce qui a trait au diagnostic et à la prise adéquate de médicaments. Cette situation peut entraîner de graves conséquences sur la santé des migrants, par exemple, de laisser une maladie non traitée ou encore de ne pas suivre convenablement la posologie d'un traitement. Finalement, les migrantes ainsi que les TSC du corpus à l'étude ont mentionné que certaines cliniques imposaient aux migrants de trouver un interprète lorsque ces derniers consultaient. Cependant, le fait d'avoir recours à une tierce personne à des fins d'interprétation, lors de rendez-vous médicaux, brime le droit de ces patients à la discrétion et à la confidentialité. Cette manière de procéder peut avoir comme conséquence de décourager les migrants de recourir aux services de soins de santé. En somme, l'accès à une documentation officielle, la discrimination, ainsi que la barrière

linguistique sont considérés comme étant des formes de violence sociale, car tel que démontré, ces problèmes peuvent avoir un impact néfaste sur la santé et la qualité de vie des migrants en plus d'accentuer les clivages sociaux préexistants et de contrevenir à la législation sud-africaine prévoyant une accessibilité aux services de soins de santé pour tous. (The Republic of South Africa 1996) et (The Republic of South Africa 1998)

La limite du *patriarcat* a été identifiée à l'intérieur d'une seule entrevue menée auprès d'une TSC. Cette dernière mentionne que certains maris migrants ne laissent pas leurs femmes consulter les cliniques, sans toutefois préciser les raisons de tels comportements. Toutefois, le fait que le *patriarcat* ait été peu mentionné dans les entretiens nous empêche d'en tirer davantage de conclusions. *L'accessibilité à l'éducation* pour les enfants de migrants vivant en Afrique du Sud est un thème ayant été abordé uniquement par les TSC du corpus à l'étude. Selon ces femmes, lorsque les enfants des migrants ne possèdent pas la documentation appropriée, l'accès à école peut être compliqué. Ces derniers expliquent que dans certains cas, les enfants des migrants n'ont pas accès aux mêmes services que les enfants sud-africains. Il pourrait être intéressant d'investiguer davantage et surtout de recueillir des témoignages de migrants sur le sujet. Finalement, plusieurs femmes du corpus à l'étude sont conscientes des limites concernant l'accessibilité aux services de soins de santé pour les migrants en Afrique du Sud. Cependant, malgré le fait que certaines ont évoqué connaître des migrants ne voulant pas fréquenter les cliniques, en raison des adversités présentées, la majorité des femmes interrogées ont mentionné fréquenter les cliniques en dépit des difficultés rapportées.

Les adversités sociales : une limite à l'intégration sociale chez les migrants

Peu d'adversités sociales ont été soulevées dans les deux séries d'entrevues analysées. Tout d'abord, une thématique récurrente tant dans les entrevues réalisées auprès des migrantes que celles réalisées auprès des TSC, concerne la crainte vécue par les migrants envers les autorités policières. Cependant, les explications fournies diffèrent quelque peu. Les TSC expliquent que les migrants craignent ces autorités, car ils ont peur d'être renvoyés dans leur pays d'origine, qu'on leur enlève la garde de leurs enfants ou encore parce qu'ils ne sont pas habitués au mode de vie sud-africain. Toutefois, durant les entrevues, plusieurs migrantes ont raconté que ces craintes découlaient de la qualité des services reçus lorsqu'elles tentaient de communiquer avec eux. En effet, ces femmes ont mentionné que ces derniers ne répondaient pas

toujours à l'appel ou encore qu'ils n'offraient pas un bon service. Celles-ci ont attribué ce phénomène au fait qu'elles soient migrantes.

Une TSC du corpus à l'étude a entretenu des propos péjoratifs à l'égard des migrants, mentionnant que ces derniers adoptaient des comportements à risque, tels que les relations sexuelles non protégées et la non-adhérence aux traitements, sans toutefois appuyer ces affirmations. Tel que mentionné précédemment, une autre TSC a mentionné que certains propriétaires de fermes ne laissaient pas leurs employés s'absenter une journée afin de consulter un médecin lorsqu'ils étaient malades. Ce refus serait basé sur la croyance que les migrants ne veulent que s'absenter du travail. De tels propos et généralisations peuvent avoir des répercussions négatives pour les migrants, amplifiant la discrimination à leur égard. Bien qu'il nous parût important de souligner ces passages dans nos analyses, le fait qu'uniquement deux personnes ont rapporté de tels propos ne nous permet pas de tirer de réelle conclusion concernant les attitudes des TSC ou encore des propriétaires de fermes envers les migrants.

Finalement, plusieurs passages laissent présager qu'il existe un lien entre le *sentiment d'appartenance* envers l'Afrique du Sud et la qualité du réseau social. Cependant, la petite taille de l'échantillon et le nombre de témoignages recueillis nous obligent à nuancer cette interprétation et nous permet uniquement d'avancer une hypothèse à cet effet. Toutefois, il serait important de préciser qu'une majorité des femmes migrantes ayant participé aux entrevues ont révélé ne pas avoir un fort sentiment d'appartenance envers l'Afrique du Sud. Selon ces dernières, elles auraient migré afin de trouver de l'emploi et d'assurer un meilleur avenir à leurs enfants. Il semble que les femmes ayant un emploi, une demeure et résidant depuis plus longtemps au pays développent un sentiment d'appartenance plus significatif que les autres. Nous croyons que les différents types de violences soulevés par cette analyse ne favorisent pas l'intégration des femmes migrantes à l'Afrique du Sud et pourraient avoir une influence péjorative sur leur sentiment d'appartenance.

Chapitre 5 :

Discussion

Dans le cadre de ce mémoire de maîtrise, nous avons fait une analyse secondaire d'une base de données visant à mieux comprendre comment les migrantes en Afrique du Sud accèdent aux services de soins de santé et assurent une continuité de leurs soins. Bien que la violence n'a pas été le sujet au cœur de ces entretiens, le sujet y a souvent fait surface. Le thème de la xénophobie a été identifié à l'intérieur de plusieurs entrevues afin d'expliquer comment ces femmes représentent les violences vécues. Bien qu'elles ne mentionnent pas directement la xénophobie, ce concept est sous-entendu et facilement décelable à l'intérieur de nombreux témoignages. Elles abordent ce thème en parlant d'exclusion et de discrimination, par exemple, lorsqu'elles mentionnent les attitudes péjoratives de la part de certains membres du personnel soignant des cliniques qu'elles fréquentent ou encore lorsqu'elles expliquent que les autorités policières ne se déplacent pas lorsqu'elles les appellent. En d'autres termes, la xénophobie a pu être décelée dans les extraits où elles attribuent les violences vécues au fait qu'elles soient migrantes. De plus, ce ne sont pas uniquement les migrantes qui ont fait mention de xénophobie à l'intérieur des entrevues. Plusieurs TSC ont aussi établi un lien entre la violence que vivent les migrants en Afrique du Sud ainsi que la xénophobie. Il a aussi été intéressant de constater que plusieurs TSC ont mentionné aussi subir de la violence sur une base quotidienne. Ceci montre que la violence est à la fois généralisée et normalisée en Afrique du Sud. Nous soulignons aussi les multiples références à la pauvreté, à la précarité et à la vulnérabilité socioéconomique qu'on peut définir comme de la violence structurelle.

Quant à la manière dont ces femmes intègrent les violences vécues au quotidien, deux interprétations ont fait surface durant nos analyses : les stratégies de protection, tel que l'évitement, et le sentiment d'appartenance à l'Afrique du Sud. Bien que plusieurs sous-thèmes concernant les violences vécues au quotidien aient été répertoriés dans nos analyses, les migrantes n'ont pas toujours exprimé la manière dont elles les intégraient. En effet, aucune femme n'a mentionné comment elles intégraient *les risques associés aux voyages migratoires*. Cependant, les stratégies de protection ont été abordées quelques fois dans les entretiens concernant les sous-thèmes *des violences* ainsi que celui de *la violence familiale et à l'endroit de partenaires intimes*. De plus, grâce à certains passages faisant allusion au sentiment d'appartenance des migrantes envers l'Afrique du Sud, nous poserons l'hypothèse que les différentes formes de violences recensées dans le cadre de ce mémoire de maîtrise peuvent influencer sur l'intégration des migrantes au pays d'accueil. À l'intérieur de cette section, nous

commencerons par faire un retour sur les différents sous-thèmes identifiés afin d'expliquer les interprétations soulevées ou encore pour comprendre pourquoi les femmes n'ont pas abordé la manière dont elles intègrent ces formes de violences. Ceci nous permettra aussi de faire un parallèle avec la revue de la littérature présentée au début de ce travail de recherche.

Tout d'abord, les risques associés au voyage migratoire ont été très peu abordés dans les entrevues analysées. En effet, toutes les femmes, à l'exception d'une seule, ont répondu ne pas avoir rencontré de problèmes lorsqu'elles ont migré en Afrique du Sud. De plus, toutes les femmes ont uniquement abordé le sujet lorsque la question leur a été posée. Les TSC, n'ayant pas été questionnées à cet effet, n'ont tout simplement pas abordé cet enjeu. Ceci contraste avec certaines études recensées dans la revue de la littérature qui expliquent que les migrants s'exposaient à des violences de nature diverse durant leur voyage. Une de ces études mentionnait que les femmes migrantes étaient particulièrement vulnérables aux violences ainsi qu'au commerce sexuel (Idemudia, Williams, Wyatt, 2013). Le fait que les femmes du corpus aient peu abordé ce sujet pourrait être attribué au fait qu'une majorité d'entre elles ont voyagé de manière conventionnelle. La seule femme ayant mentionné le risque de violences lors du voyage migratoire expliquait que celui-ci pouvait devenir périlleux si les femmes décidaient de voyager de manière non conventionnelle, par exemple, en utilisant les services de passeurs ou encore en faisant de l'autostop. De plus, les femmes, étant originaire du Zimbabwe ou du Lesotho, bénéficient d'une proximité avec l'Afrique du Sud, ce qui peut contribuer à réduire les risques. En effet, ces dernières n'ont pas nécessairement besoin d'avoir recours à des passeurs ou de traverser plusieurs frontières. Soulignons aussi que les déplacements de personnes sont très fréquents entre ces pays. Tel que mentionné dans la revue de la littérature, les Zimbabwéens ainsi que les Lesothans figurent parmi les peuples issus des dix plus grands foyers de migration en Afrique du Sud (Statistics South Africa's, 2016). Finalement, tel que mentionné précédemment, étant donné que peu de femmes ont abordé le sujet, nous ne pouvons faire aucune interprétation concernant la manière dont elles intègrent cette forme de violence.

Les analyses effectuées dans le cadre de cette recherche permettent de conclure qu'à l'intérieur du corpus à l'étude, la violence semble un grave enjeu en Afrique du Sud. En effet, les violences interpersonnelles et les violences collectives touchent à la fois les migrantes et les TSC. Cette constatation n'est guère surprenante, car tel que soulevé dans la revue de la littérature, l'Afrique du Sud figure parmi les États les plus violents du monde. Cette constatation

nous permet de conclure que la violence est un problème de santé publique généralisé au pays. Cependant, ce sont que les TSC qui ont adressé le problème des attaques xénophobes, et ce, bien qu'à l'intérieur de plusieurs entretiens les migrantes aient livré des récits d'exclusion sociale et de discrimination. Afin d'expliquer cette observation, nous pourrions avancer que ces femmes n'ont peut-être pas été victimes ou témoins d'attaques. Il pourrait aussi être avancé que les femmes migrantes n'étaient peut-être pas à l'aise d'aborder ce sujet avec l'interviewer. Quoiqu'il en soit, le manque d'information concernant cette problématique ne nous permet de confirmer aucune de ces hypothèses. La violence dite criminelle, par exemple les vols, a été la forme de violence la plus dénoncée par toutes les femmes ayant participé aux entretiens. Toutefois, il existe peu d'information concernant ce type de crime en Afrique du Sud, étant donné qu'il est difficile de recenser des données sur le sujet (Shaw et Gastrow, 2001).

La violence familiale et entre partenaires intimes est un sujet qui a été très peu abordé durant les entrevues conduites tant auprès des migrantes que des TSC. Il aurait été intuitif de croire que ce sujet aurait fait surface à l'intérieur de plusieurs entretiens, en raison de sa prévalence extrêmement élevée en Afrique du Sud (Gass, Stein, Williams, Seedat, 2011). Ce constat pourrait être attribuable au fait que cet enjeu de santé publique n'était pas le sujet principal des entretiens menés par la chercheuse les ayant réalisés. En effet, aucune question ne portait spécifiquement sur la violence familiale et entre partenaires intimes. Il peut être aussi avancé que les victimes ont été quelque peu réticentes à aborder le sujet ou tout simplement qu'elles n'en ont pas été victime. Une dernière explication serait en lien avec la normalisation de cette forme de violence, où les femmes n'auraient pas abordées le sujet en raison de sa banalisation en Afrique du Sud. Cette hypothèse a été soulevée dans une étude portant sur la violence conjugale et le VIH (Shamu, 2014). Une similarité entre la revue de la littérature et nos analyses est la relation pouvant exister entre la violence familiale et à l'endroit de partenaires intimes et le risque de contracter le VIH. Ce lien a été montré par plusieurs chercheurs, qui ont établi que les victimes de cette forme de violence sont plus à risque de contracter la maladie. Cependant, il serait important de préciser que cette causalité demeure complexe et résulte aussi d'interactions complexes. À l'intérieur de notre corpus à l'étude, deux cas ont été identifiés où des victimes avaient contracté le VIH. Toutefois, une certaine nuance s'impose dans l'analyse d'un de ces cas. Le premier récit faisant allusion à cette corrélation est raconté par une TSC. Elle explique l'histoire d'une enfant ayant subi des violences sexuelles de la part de son père et ayant

contracté le VIH. Le second récit est plus complexe. Une migrante du corpus à l'étude a mentionné avoir contracté le VIH de son mari. Elle a aussi expliqué qu'elle évitait le contact avec les hommes, étant stressée par leur présence. Cette constatation nous a mené à croire que cette dernière avait sûrement vécu des relations conjugales complexes, voire même violentes. Le sentiment de stress évoqué par cette femme pourrait être lié au fait qu'elle ait contracté le VIH d'un ex-petit ami. Toutefois, bien que tout cela semble logique et probable, nous ne pouvons en tirer de réelles conclusions, n'ayant pas assez d'information sur la vie de cette femme.

En ce qui a trait aux sous-thèmes *les violences* et la *violence familiale et entre partenaires intimes*, le concept retenu afin de comprendre comment les femmes intègrent ces formes de violences est par le biais de stratégies de protection, tel que l'évitement. Cependant, il serait important de souligner que notre échantillon demeure limité, car ce concept n'a été repéré qu'à l'intérieur de quelques entretiens. Par exemple, lorsqu'une migrante a expliqué éviter des situations risquées, tel que se promener seule en ville, préférant se déplacer en taxi. Deux autres femmes ont mentionné faire usage de stratégies de protection dans leurs relations personnelles. Une première mentionnait carrément éviter les hommes alors que l'autre expliquait qu'elle évitait toute situation qui pourrait la rendre dépendante de son petit ami, ne lui faisant pas confiance. Une TSC a aussi raconté l'histoire d'une famille où l'homme abusait de la mère et de sa fille. La TSC a raconté que la mère évitait les contacts avec autrui, craignant les représailles de son mari. Ce sont les voisins qui ont alerté la TSC de ces abus. En somme, des stratégies de protection ont été utilisées dans les trois cas présentés plus haut. Il serait être intéressant d'étudier ces stratégies plus en détails à l'intérieur de recherches futurs afin de mieux comprendre ce phénomène à l'intérieur de communautés migrantes en Afrique du Sud.

Dans le cadre de nos analyses, une majorité de migrantes rapporte avoir migré pour des raisons économiques. Ceci n'est pas surprenant, l'argument économique ayant été le principal argument soulevé dans la revue de la littérature afin d'expliquer la décision de migrer (Idemudia, Williams, Wyatt, 2013; Vearey, 2008; Maharaj, 2002). Une autre similitude que l'on peut établir entre nos résultats et la recension des écrits concerne les difficultés rencontrées par les migrants une fois arrivés en Afrique du Sud. Bien que ces difficultés puissent varier d'une étude à l'autre, il semble y avoir un consensus concernant le fait que les migrants vivent diverses adversités de nature économique. La principale conséquence de ces adversités est une faible qualité de vie, ce

qui peut entraîner des répercussions sur leur santé et leur sécurité (Ulicki et Crush, 2000; Idemudia, Williams, Wyatt, 2013; Chireshs, 2010).

Des difficultés quant à l'accessibilité aux services de soins de santé ont aussi été soulevées tant dans les analyses réalisées que dans la recension des écrits (Munyewende, Rispel, Harris, Chresich, 2011; Vearey, 2008; Crush, Tawodzera, 2014; Vearey, 2003). En effet, il semble que malgré la présence d'un cadre légal afin d'assurer un accès aux services de soins de santé de base à tous en Afrique du Sud, celui-ci n'est pas respecté par l'ensemble du personnel soignant travaillant dans les cliniques. Notons que cette situation peut entraîner de graves conséquences sur la santé des migrants. Il a aussi été noté que des migrants pouvaient subir des attitudes négatives de la part du personnel soignant. Plusieurs participantes aux entretiens ont associé cette tendance à de la xénophobie. Cependant, un article retenu dans le cadre de la recension des écrits émettait une mise en garde, expliquant que le personnel soignant en Afrique du Sud vivait souvent du stress ainsi que de l'épuisement professionnel en raison du manque grandissant de main-d'œuvre (Crush, Tawodzera, 2014). Il serait intéressant d'explorer davantage les raisons pour lesquels certains membres du personnel soignant adoptent des attitudes négatives face aux migrants. Finalement, la barrière linguistique a été la limite à l'accessibilité des soins la plus fréquemment soulevée par les participants aux entretiens. Cette limite a été repérée dans une des études recensées pour notre revue de la littérature. Bien qu'aucune participante n'ait mentionné avoir subi d'intervention médicale sans y avoir consenti, tel que révélait cette étude, certaines femmes du corpus ont soulevé que des membres du personnel soignant refusaient de parler anglais et certaines ont mentionné devoir faire usage d'interprète lorsqu'elles doivent recevoir des soins. Ces mêmes observations avaient été faites dans l'article en question (Hunter-Adams et Rother, 2017). Bien que les femmes aient mentionné connaître certains migrants ne voulant plus consulter les cliniques à cause des diverses barrières soulevées dans les analyses, toutes ont évoqué consulter quand même, la santé occupant une place importante dans leur vie.

Certaines attitudes péjoratives de la part des autorités policières face aux migrants en Afrique du Sud ont également été soulevées dans la littérature (Loren, Landau, Freemantle, 2010). Un lien peut être établi entre cette information et le fait que certaines femmes du corpus aient critiqué le travail des policiers, expliquant que ces derniers arrivent tardivement sur les lieux ou ne répondaient tout simplement pas à leurs appels. La plupart d'entre elles ont attribué

ce mauvais service au fait qu'elles soient migrantes. Bien que plusieurs femmes aient abordé le sujet, la petite taille de notre sous-échantillon ne nous permet pas de tirer de réelles conclusions. Toutefois, il pourrait être pertinent d'explorer cet enjeu plus en profondeur afin d'examiner s'il existe un lien entre ce qui a été recensé dans la littérature et le témoignage de ces femmes.

Tel que mentionné précédemment, nous croyons que ces types de violences pourraient influencer négativement sur le niveau d'intégration des migrantes à l'Afrique du Sud. En d'autres termes, le sentiment d'appartenance serait le résultat de la manière dont ces femmes intègrent les différentes formes de violences identifiées dans le cadre de cette recherche. Il a été remarqué qu'un plus faible niveau d'intégration engendrait un fort désir de retourner vivre dans le pays d'origine. En effet, plusieurs femmes du corpus à l'étude ont mentionné ne pas vouloir demeurer en Afrique du Sud, plusieurs d'entre elles ayant aussi partagé des témoignages de violences, d'exclusion et de discrimination. À travers nos analyses, il a été observé que le nombre d'années passées en Afrique du Sud ainsi que le fait de détenir un emploi et une demeure semblaient influencer sur la capacité d'adaptation des femmes au pays d'accueil. Cependant, la petite taille de notre échantillon ne nous permet pas de confirmer ou d'infirmer cette hypothèse.

Finalement, une dernière observation a été tirée des analyses réalisées dans le cadre de nos recherches. Nous avons inclus les entretiens menés auprès des TSC afin de recueillir leurs témoignages concernant les violences que vivent les migrantes en Afrique du Sud. Cependant, elles ont elles-mêmes révélé vivre de la violence au quotidien. Tel que mentionné précédemment, ceci nous a permis de conclure que la violence en Afrique du Sud était un problème de santé publique généralisé. En approfondissant les recherches sur ce sujet, le concept de violence structurelle a fait surface. Ce concept est la réalisation de Johan Galtung dans son article *Violence, Peace and Peace Research* (1969). À l'intérieur de cet article, l'auteur vulgarise ce concept d'une manière très intéressante. Ce dernier explique :

When one husband beats his wife there is a clear case of personal violence, but when one million husbands keep one million wives in ignorance there is structural violence. Correspondingly, in a society where life expectancy is twice as high in the upper as in the lower classes, violence is exercised even if there are no concrete actors one can point to directly attacking others, as when one person kills another (Galtung, 1969).

Dans son article, Galtung explique la distinction entre la violence interpersonnelle et la violence structurelle et conclut que la paix ne peut être atteinte qu'en l'absence de ces deux formes de violences. Dans le cas de l'Afrique du Sud, il pourrait être avancé que ces deux formes de

violences interagissent entre-elles. En effet, cet État, ayant vécu sous le joug de l'apartheid durant de nombreuses décennies, a entretenu et conserve de profonds clivages sociaux, politiques et économiques au sein de sa population. Ces clivages, exploités par les élites politiques durant l'apartheid (Harris, 2002), ont laissé place à une forme de violence structurelle qui perdure encore de nos jours. Nous croyons que cette violence structurelle légitimise le recours aux différentes formes de violences interpersonnelles et collectives recensées dans le cadre de ce mémoire de maîtrise. Elle pourrait aussi expliquer la forte prévalence de violence criminelle au sein de la société sud-africaine.

Plusieurs structures inégalitaires peuvent encore être observées en Afrique du Sud : par exemple, les inégalités blancs-noirs, hommes-femmes, nationaux-étrangers, riches-pauvres, etc. Cette constatation nous permet d'avancer que, dans notre corpus à l'étude, l'ensemble des participantes puisse vivre différentes formes de violences interpersonnelles et collectives. Par exemple, en nous basant sur le fait que la société sud-africaine soit patriarcale, nous pourrions avancer que les TSC sont particulièrement vulnérables aux violences physiques et sexuelles, de par leur genre. De surcroît, nous pourrions avancer que les migrantes sont doublement vulnérables, d'une part à cause de leur statut d'étrangère et d'autre part parce qu'elles sont des femmes. En somme, l'Afrique du Sud demeure une société très inégalitaire, conséquence de son lourd passé, où une grande partie de la population est victime des violences interpersonnelles et collectives, dépendamment de différents facteurs, tels que la couleur de peau, le sexe, la nationalité, le revenu, etc. Ces différentes formes de violence prendraient racine dans la violence structurelle ancrée à l'intérieur de la société sud-africaine et aurait pour conséquence de légitimer son recours.

À la lumière des différents résultats obtenus, nous pouvons comprendre que la recherche en santé publique peut aider à contrer la violence. En effet, tel que soulevé dans ce mémoire, la violence émane de différents facteurs sociaux, économiques et politiques et peut avoir un impact sur la santé physique et psychologique des personnes qui en sont victimes. En approfondissant les connaissances sur les déterminants de la violence ainsi que les différentes conséquences chez les victimes, et ce, tant sur le plan physique que psychologique, les acteurs en santé publique pourront émettre des recommandations sur la mise en œuvre des programmes visant à réduire les impacts chez les victimes. Ils pourront suggérer la mise en place de politiques et de législations visant à réduire les iniquités et favoriser la cohésion sociale. Ils pourront conseiller la mise sur

pied de programmes d'éducation visant à informer et à promouvoir le vivre ensemble, ce qui pourrait contribuer à réduire l'adoption de comportements violents. Toutefois, il est selon nous, important que ces acteurs prennent en considération l'histoire de l'Afrique du Sud et des conséquences qu'a laissé le régime de l'apartheid afin de mettre en place des mesures qui seront répondre aux besoins de cette population. Bien que ses différentes solutions suggérées visent une approche populationnelle, telle que favorisée en santé publique, celles-ci auront un impact sur la vie des personnes souffrant des conséquences de la violence.

Finalement, comme tout travail de recherche, ce mémoire de maîtrise comporte certaines limites. Tout d'abord, le fait d'avoir réalisé une analyse secondaire de données ayant été collectées dans le cadre d'un autre projet peut amener quelques limites méthodologiques. En effet, cette manière de procéder ne permet pas aux chercheurs de participer à l'élaboration du questionnaire, du processus de recrutement, de l'échantillonnage, etc. ce qui peut parfois limiter les conclusions qu'il peut en tirer. Bien que la base de données utilisée répondait très bien à notre question ainsi qu'à nos objectifs de recherche, il aurait été intéressant d'explorer certaines observations plus en profondeur. Il aurait été intéressant d'approfondir les recherches sur la manière dont les migrantes, en Afrique du Sud, vivent et intègrent la violence familiale et à l'endroit de partenaire lorsqu'elles en sont victimes. Il aurait aussi été intéressant d'approfondir les connaissances concernant les violences collectives que vivent les migrantes. Pour ce faire, des questions spécifiques à ces enjeux auraient pu être inclus dans le questionnaire et un échantillonnage favorisant le recrutement des migrantes ayant vécu ces formes de violence auraient permis d'approfondir sur ces problématiques. Une autre limite identifiée du choix de réaliser une l'analyse secondaire de données concerne les observations menées lors des entretiens. En effet, lorsque le chercheur principal conduit ses entrevues, celui-ci peut noter des observations portant sur la manière dont les participants répondent aux questions ou encore sur leur non verbal. Toutefois, le fait d'analyser les données d'un autre chercheur ne permet pas l'analyse de telles observations. L'échantillon utilisé dans le cadre de notre mémoire de maîtrise était diversifié, mais petit. Ceci a pu avoir un impact sur la saturation lors de l'analyse et, plus précisément, lors de la construction des sous-catégories. De plus, les données utilisées ont été très nettoyées. Ceci a rendu certains entretiens inutilisables et nous avons dû les exclure de notre travail de recherche. Certains passages d'entretiens n'ont pas été retenus, car ils étaient incompréhensibles ou des informations étaient manquantes. Finalement, bien que nous ayons fait

preuve de réflexivité tout au long de notre processus de recherche, d'analyse et de rédaction, il n'en demeure pas moins que nos expériences et notre vécu influencent nos interprétations des résultats obtenus. Toutefois, nous en avons été conscient à chaque étape du processus du mémoire de maîtrise afin de limiter les biais.

CONCLUSION

En conclusion, la visée de ce mémoire de maîtrise a été d'améliorer l'état des connaissances sur la violence que vivent les femmes migrantes en Afrique du Sud. Pour ce faire, nous avons réalisé une étude de nature qualitative, où nous avons posé la question de recherche suivante: *Comment les femmes migrantes, qui vivent dans des contextes élevés de violence en Afrique du Sud, représentent et intègrent la violence dans leurs récits concernant leur quotidien, leur santé et leur recherche de soins ?* Les objectifs de ce travail étaient d'identifier les différents types de violences que vivent ces femmes, de comprendre comment elles les intègrent et comment celles-ci la communiquent afin d'en dégager les différentes représentations qu'elles en font. Dans le cadre de ce travail de recherche, une analyse secondaire de données a été effectuée. Nafeesa Jamal, étudiante au doctorat de l'Université du *western Cape*, dirigée par la Professeure Christina Zarowsky, nous a donné l'autorisation d'utiliser les entretiens qu'elle a réalisés dans le cadre de sa thèse. Jalal a mené des entretiens auprès d'hommes et de femmes migrants ainsi qu'auprès de TSC. Afin d'adapter notre recherche à une analyse secondaire de données, l'approche descriptive interprétative a été favorisée, car celle-ci est plus flexible quant à la nature des données utilisées dans le cadre d'une recherche qualitative. Finalement, la méthode d'analyse des données utilisée est la méthode d'analyse de données par comparaison constante, tel que développé par la Professeure Kathy Charmaz. (Charmaz, 2006) Cette méthode d'analyse est empruntée de la théorisation ancrée, où le chercheur a pour objectif de construire une théorie à partir de ses données, le tout en employant des systèmes de codage. Bien que normalement ce système de codage soit divisé en quatre étapes distinctes, nous n'en avons retenu que trois, plus précisément: le codage initial, le codage focal et le codage axial.

Au terme de notre analyse des données, nous avons été en mesure d'identifier différents types de violences à l'intérieur des entretiens. Tout d'abord, les résultats ont été divisés en deux

typologies de la violence, plus précisément entre les violences interpersonnelles et les violences collectives. De celles-ci, nous avons identifié différentes catégories de violence. Il serait important de préciser que la typologie ainsi que les catégories de violences ont été empruntées d'une étude menée par l'OMS. (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi et Lozano-Ascencio, 2002) Quant aux violences interpersonnelles, deux catégories ont été définies, soit : les violences communautaires et la violence familiale et à l'endroit de partenaires intimes. De la première catégorie deux codes focaux ont été retenus jusqu'à la fin de nos analyses : *les risques associés au voyage migratoire* et *les violences*. Ces deux thèmes constituent ce que nous avons nommé *les adversités physiques et psychologiques* (code axial). Peu de femmes ont abordé *les risques associés au voyage migratoire*. Toutefois, une d'entre elles a précisé que certaines femmes pouvaient rencontrer des risques lorsqu'elles voyagent seules et/ou de manière non conventionnelle. Concernant *les violences*, il a été observé que les migrantes ainsi que les TSC en étaient victimes. Ces violences étaient davantage de nature criminelle et leurs manifestations se produisaient sur une base quotidienne. Ceci nous a permis de conclure que la violence était un problème de santé publique généralisé en Afrique du Sud, en raison de la présence d'une violence structurelle prenant origine de l'ère où le pays était sous le joug de l'apartheid. En ce qui a trait à la catégorie de la violence familiale et à l'endroit de partenaires intimes, le code focal conservé jusqu'à la fin est *les relations interpersonnelles*. Dans le cadre de nos analyses, nous avons repéré un cas de violence familiale. Nous avons aussi soulevé deux cas où une première femme expliquait éviter la présence d'hommes, car cela la stressait et où une autre a expliqué ne pas vouloir requérir au soutien de son mari, car elle ne lui faisait pas confiance. De ces résultats, nous avons conclu que ces femmes intégraient ces violences par le biais de stratégies de protection, tel que l'évitement. En effet, dans les trois cas mentionnés ci-dessus, les femmes ont mentionné soit éviter des hommes, soit éviter de dépendre d'eux ou soit éviter d'aller chercher de l'aide par crainte de représailles de la part de leur partenaire.

Quant aux violences collectives, deux catégories ont été identifiées : la précarité et les violences économiques ainsi que les violences sociales. De la première catégorie mentionnée, trois codes focaux ont été identifiés à l'intérieur des entretiens menés auprès des migrantes et des TSC : *les opportunités*, *la diminution du niveau de vie* et *le manque de ressources*. De ces trois thèmes, nous avons identifié ce que nous avons nommé *les adversités économiques et la privation matérielle* (code axial). Bien que les femmes aient mentionnés qu'elles trouvaient plus

facilement du travail en Afrique du Sud que dans leur pays d'origine, certaines limites socioéconomiques ont été soulevées dans les entretiens. Parmi ces limites, plusieurs femmes du corpus à l'étude ont mentionné le manque de ressources, par exemple de la difficulté à se procurer des produits essentiels. Des limites liées à l'emploi ont aussi été mentionnées, par exemple la faible diversité d'emploi ainsi que les maigres salaires. Finalement, des limites liées aux conjonctures économiques ont aussi été répertoriées, par exemple l'augmentation du coût de la vie, le fait de soutenir sa famille à l'étranger, de faibles conditions de vie, etc. Toujours dans la catégorie de la précarité et des violences économiques, un second code axial a été repéré que nous avons nommé *adversité quant à l'accessibilité aux services*. Plusieurs femmes du corpus à l'étude ont mentionné des limites quant à l'accessibilité aux services, notamment aux services de soins de santé et à l'éducation. Parmi les limites soulevées pour les soins de santé, les femmes ont nommé les limites financières et la documentation officielle, la discrimination, les barrières linguistiques ainsi que le patriarcat. Les limites à l'accessibilité à l'éducation n'ont été soulevées que par les TSC, où celles-ci expliquent que l'accès devient plus compliqué en l'absence d'une documentation officielle. Malgré ces limites, les femmes ont mentionné faire l'usage de ces services.

La dernière catégorie identifiée est: les violences sociales. Deux codes focaux ont été identifiés, c'est-à-dire *les attitudes envers les migrants* et *le sentiment d'appartenance*. De ceux-ci, un code axial a été identifié et nommé *les adversités sociales*. Quant au premier code focal, plusieurs migrantes ont mentionné que les autorités policières mettaient du temps à répondre à leurs appels ou encore ne les traitaient pas, contrairement aux nationaux. Ces femmes attribuaient ce phénomène au fait qu'elles soient migrantes. De plus, certaines attitudes péjoratives à leur égard ont aussi été soulevées dans des entretiens. Une TSC expliquait que certains fermiers ne laissaient pas les migrants consulter les cliniques, croyant que ceux-ci tentent de manquer une journée de travail. Ceci est un peu contradictoire, considérant le fait que les migrantes du corpus ont mentionné que manquer une journée de travail constituait une limite à l'accessibilité aux services de soins. Finalement, le sentiment d'appartenance est le concept ayant fait surface dans plusieurs entrevues afin d'expliquer comment ces femmes intègrent les violences collectives qu'elles vivent au quotidien. En effet, tel que mentionné dans la discussion, nous croyons que les diverses adversités que vivent les femmes migrantes influencent leur

sentiment d'appartenance à l'Afrique du Sud. Plus précisément, le fait de vivre des violences sur une base quotidienne diminuerait leur appartenance au pays d'accueil.

Finalement, quant à la manière dont les femmes du corpus à l'étude représentent les violences vécues, le thème de la xénophobie a été retenu. En effet, plusieurs femmes, tant migrantes que des TSC, ont mentionné que les migrants vivent de nombreuses adversités, de l'exclusion sociale et de la discrimination, à cause de leur statut d'étranger. Bien que le concept de la xénophobie n'a pas été explicitement mentionné dans les entretiens, nous l'avons attribué aux témoignages où les femmes associaient les violences vécues au fait qu'elles soient migrantes. Au terme de ce mémoire de maîtrise, les différentes conclusions tirées nous mènent à vouloir approfondir davantage les connaissances concernant les violences que vivent les migrantes sur une base quotidienne en Afrique du Sud. Il serait intéressant d'approfondir nos recherches afin de déterminer si les violences vécues par les migrantes, qui vivent en Afrique du Sud, peuvent causer de l'isolement social et déterminer si cet isolement entraîne des conséquences sur la santé physiologique et psychologique de ces femmes.

BIBLIOGRAPHIE

- Abrahams, N., Jewkes, R., Martin, J., L., Mathews, S., Vetten, L., Lombard, C. (2000) Mortality of Women from South Africa: A National Epidemiological Study. *Violence and Victims*. 24(4): 546-556. DOI: 10.1891/0886-6708.24.4.546
- Abrahams, N., Jewkes, R., Mathews, S. (2010) Guns and gender-based violence in South Africa. *South Africa Medical Journal*. 100(9): 586-588. Repéré à: <http://www.scielo.org.za/pdf/samj/v100n9/v100n9a20.pdf>
- Adepoju, A. (2003). Continuity and changing configurations of migration to and from the Republic of South Africa. *International Migration*. 41(1): 3-28. DOI: 10.1111/1468-2435.00228
- Alderson, P. (1998) Theories in health care and research : The importance of theorie in health care. *BMJ*. 37 : 1007-1019.
- Aliber, M. (2003). Chronic Poverty in South Africa: Incidence, Causes and Policies. *World Development*. 31(3) : 473-490. Doi:10.1016/S0305-750X(02)00219-X
- Charmaz, K. (2006). *Constructing Grounded Theory: A Practical Guide Through Qualitative Analysis*. Sage Publications: Los Angeles. 208 p.
- Chigeza, S., Wet, D. A., Roos, V., et Vorster, C. (2013). African Migrants' Experiences of Xenophobic Violence in South Africa: A Relational Approach. *Journal of Psychology in Africa*. 23(3) : 501-505.
- Chireshs, R. (2010) The Impact of Poverty on Women's Psychosocial Well-being: Narratives from Zimbabwean migrant women in South Africa. 20(2) : 193-197. <http://dx.doi.org/10.1080/14330237.2010.10820363>
- Cole, H. J., Marroquin Gramajo, A. (2009) Homicide Rates in a Cross-Section of Countries: Evidence and Interpretations *Population and development Review*. 35(4): 663-843. DOI: 10.1111/j.1728-4457.2009.00307.x
- Coovadia, H., Jewkes, R., Barron, P., Sanders, D., McIntyre, D. (2009) The health and health system of South Africa: historical roots current public health challenges. *The Lancet*. 374 : 817-34. DOI:10.1016/S0140-6736(09)60951-X
- Crush, J. (2001). The Dark Side of Democracy: Migration, Xenophobia and Human Rights in South Africa. *International Migrations: International Organisation for Migration (IOM)*. 38(6): 103-133. DOI: 10.1111/1468-2435.00145
- Crush, J., Pendleton, W. (2007). Mapping Hostilities: The Geography of Xenophobia in South Africa. *South African Geographical Journal*. (89)1: 64-82. DOI: [10.1080/03736245.2007.9713874](https://doi.org/10.1080/03736245.2007.9713874)
- Crush, J. Tawodzera, G. (2014) Medical Xenophobia and Zimbabwean Migrant Access to Public Health Services in South Africa. *Journal of Ethnic and Migration Studies*. 40(4) : 655-670. DOI: 10.1080/1369183X.2013.830504
- Dodson, B. (2010). Locating Xenophobia: Debate, Discourse, and Eveyday Expirience in Cape Town, South Africa. *Africa Today*. 56(3): 2-22. Repéré à: <http://www.jstor.org/stable/10.2979/AFT.2010.56.3.2>
- Everatt, D. (2011). Xenophobia, State and Society in South Africa, 2008-2010. *Politikon*. 38(1): 7-36. DOI: 10.1080/02589346.2011.548662
- Fauveulle-Aymar, F.-X. (2006). *Histoire de l'Afrique du Sud*. Paris, France : Éditions du Seuil.
- Farmer, P. E., Nizeye, B., Stulac, S., Keshavjee, S. (2006). Structural violence and clinical medicine. *PLoS Medicine*. 2(10) Repéré à: <http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.0030449>

Finlay, L. (2002). Outing the Researcher: The Provenance, Process and Practice of Reflexivity. *Qualitative Health Research*. 12(4), 531-544.

Galtung, J. (1969) Violence, Peace and Peace Research. *Journal of Peace Research*. 6(3) : 167-191. Repéré à : http://www.jstor.org/stable/422690?seq=1#page_scan_tab_contents

Gass, D. J., Stein J. D, Williams, R. D., Seedat, S. (2011). Gender Differences in Risk for Intimate Partner Violence Among South African Adults. *Journal of Interpersonal Violence*. 26(14). 2764-2789. DOI: 10.1177/0886260510390960.

Gass D. J., Stein, D., Williams, R. D., Seedat, S. (2010). Intimate partner violence, health behaviours, and chronic physical illness among South Africa women. *South African Medical Journal*. 100(9):582-585. Repéré à : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3202430/pdf/nihms327620.pdf>

Gil-Gonzalez, D., Vives-Cases, C., Ruiz, T., M., Carrasco-Portino, M., Alvarez-Dardet, C. (2008). Childhood experiences of violence in perpetrators as a risk factor of intimate partner violence: a systematic review. *Journal of public health*. 30(1):14-22. DOI: 10.1093/pubmed/fdm071

Gilligan, J., Lee X. B., Garg, S., Blay-Tofey, M. et Luo, A. (2016) A case studying country regimes in the public health model of violence. *Journal of Public Health Policy*. 37 : 133-144. Repéré à : <http://link.springer.com/article/10.1057/s41271-016-0027-y>.

Harris, B. (2002) Xenophobia: A new pathology for a new South Africa? In Hook, D et Eagle G., *Psychopathology and Social Prejudice*. University of Cape-Town Press. 169-184 p.

Hunter-Adams, J., Rother, H.-A. (2017) A Qualitative study of language barriers between South African health care providers and cross-border migrants. *BMC Health Services Research*. 17:97. DOI 10.1186/s12913-017-2042-5

Idemudia, S E., Williams, K J., Wyatt, E G. (2013). Migration challenges among Zimbabwean refugees before, during and post arrival in South Africa. *Journal of injury & violence*. 5(1): 17-17. DOI: 10.5249/jivr.v5i1.185

Jalal, N. (2015). Agricultural migrant workers navigating the health system: Access, Continuity of Care and the Role of Community Health Workers in De Doorns, Western Cape. *Research protocol : University of the Western Cape*. 76 p.

Jewkes, R. (2002). Intimate partner violence: causes and prevention. *The Lancet*. 359(9315):1423-9. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)08357-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)08357-5)

Jewkes, R., Dunkle, K., Mzikazi, N., Shai, N. (2010) Intimate partner violence, relationship power inequity, and incidence of HIV infection in young women in South Africa: a cohort study. *The Lancet*. 376(9734):41-48. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)60548-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)60548-X)

Jewkes, R., Dunkle, K., Nduna, M., Levin, J., Khuzwayo, N., Koss, M., Puren, A., Duvvury, N. (2006) Factors associated with HIV sero-status in young rural South Africa women: connections between intimate partner violence and HIV. *International Journal of Epidemiology*. 35:1461-1468. DOI: 10.1093/ije/dyl218

Jewkes, R., Levin, B., Penn-Kekana, A. L. (2003). Gender inequalities, intimate partner violence and HIV preventive practices: findings of a South African cross-sectional study. *Social Science & Medicine*. 56:125-134. Repéré à : <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download;jsessionid=690ED86586D9876EBE7F1A33863BD4E3?doi=10.1.1.472.1845&rep=rep1&type=pdf>

Jewkes, R., Levin, B., Penn-Kekana, A. L. (2002). Risk factors for domestic violence: findings from a South African cross-sectional study. *Social Science & Medicine*. 55: 1603-1317. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(01\)00294-5](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(01)00294-5)

- Jewkes, R., Morrell, R. (2010). Gender and sexuality: emerging perspectives from the heterosexual epidemic in South Africa and implications for HIV risk and prevention. *Journal of the international AIDS society*. 13(5). DOI: [10.1186/1758-2652-13-6](https://doi.org/10.1186/1758-2652-13-6)
- Jewkes R., Penn-Kekana L., Levin J., Ratsaka M., Schrieber M. (2001). Prevalence of emotional, physical and sexual abuse of women in three South African Provinces. *South African Medical Journal*. 91(5):421-428. Repéré à: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11455808?dopt=Abstract>.
- Kaminer, D., Grimsrud, A., Myer, L., Stein, D., Williams, D. (2008). Risk for post-traumatic stress disorder associated with different forms of interpersonal violence in South Africa. *Social Science & Medicine*. 67(10): 1589-1595. doi: 10.1016/j.socscimed.2008.07.023
- Kingdon, G. G., Knight, J. (2004) Unemployment in South Africa: The Nature of the Beast. *World Development*. 32(3) : 391-408. Doi:10.1016/j.worlddev.2003.10.005
- Krug, G. E., Dahlberg, L. L., Mercy, A. J., Zwi, A., Lozano-Ascencio, R. (2002). *Rapport mondial sur la violence et la santé*. Organisation mondiale de la santé: Genève. 403 p.
- Landau, B. L., Wa Kabwe Segatti, A. (2009). *Human Development Impacts of Migration: South Africa Case Study*. United Nations Development Programme: Human Development Reports Research Paper. MPRA paper No. 19182. Repéré à: https://mpra.ub.uni-muenchen.de/19182/1/MPRA_paper_19182.pdf
- Lee X. B., Marotta L. P., Blay-Tofey, M., Wang W., de Bourmont, S. (2014). Economic correlates of violent death rates in forty countries, 1962–2008: A cross-typological analysis. *Aggress Violent Behav*. 19(6) : 729-737. doi:10.1016/j.avb.2014.09.016.
- London, L. (2003) Human Rights, Environment Justice, and the Health of Farm Workers in South Africa. *International Journal of Occupational and Environmental Health*. 9(1) : 59-68. <http://dx.doi.org/10.1179/107735203800328876>
- Loren B. Landau & Iriann Freemantle (2010) Tactical Cosmopolitanism and Idioms of Belonging: Insertion and Self-Exclusion in Johannesburg, *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 36:3, 375-390, DOI:10.1080/13691830903494901
- Lugan, Bernard. (1998). *La guerre des Boers : 1899-1902*. Paris, France : Perrin.
- Lugan, Bernard. (2010). *Histoire de l'Afrique du Sud*. Paris, France : Éllipses.
- Maharaj, B. (2002). Economic refugees in post-apartheid South Africa – Assets or liabilities? Implication for progressive migration policies. *Geojournal*. 55(1):47-57. Repéré à: <https://link.springer.com/article/10.1023/A:1021756902951>
- Makina, D. (2012). Migration and Characteristics of Remittance Senders in South Africa. *International Migrations: International Organisation for Migration (IOM)*. 51(S1). doi:10.1111/j.1468-2435.2012.00746.x
- Maman, S., Campbell, J., Sweat, M. D., Gielen, A. C. (2000). The intersection of HIV and violence: Directions for future research and interventions. *Social Science and Medicine*. 50(4) : 459–478. Repéré à <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10641800>
- Matsinhe, M. D. (2011). Africa's Fear of Itself: the ideology of Makwerekwere in South Africa. *Third World Quarterly*. 32(2):295-313. DOI:10.1080/01436597.2011.560470
- McDonald, A. D., Zinyama, L., Gay, J., de Vletter, F., Mattes, R. (2000). Guess Who's Coming to Dinner: Migration from Lesotho, Mozambique and Zimbabwe to South Africa. *The International Migration Review*. 34(3): 813-841. Repéré à: <http://www.jstor.org/stable/2675946>

Menjívar, C., Salcido, O. (2002). Immigrant Women and Domestic Violence: Common Experiences in Different Countries. *Gender & Society*. 16(6):898-920. Repéré à: <https://www.peacepalacelibrary.nl/ebooks/files/Immigrant-Women-and-Domestic-Violence-Experiences-Menjivar.pdf>

Misago, J. P., Monson, T., Polzer, T., Laudeau, L. (2010). *May 2008 violence against foreign nationals in South Africa: Understanding causes and evaluating responses*. Forced Migration Studies Program (FMSP). University of the Witwatersrand: Johannesburg. 226 p. Repéré à: https://www.academia.edu/19574237/May_2008_Violence_against_Foreign_Nationals_in_South_Africa_Understanding_Causes_and_Evaluating_Responses

Munyewende, P., Rispel, L. C., Harris, B., Chresich, M. (2011) Exploring perceptions of HIV risk and health service access among Zimbabwean migrant women in Johannesburg: A gap in health policy in South Africa. *Journal of Public Health Policy*. 32(1) : 152-161. doi: 10.1057/jphp.2011.36.

Neocosmo, M. (2008). The Politics of Fear and the Fear of Politics: Reflections on Xenophobic Violence in South Africa. *Journal of Asian and African Studies*. 43(6):586-594. DOI: 10.1177/0021909608096655

Norman, R., Matzopoulos, R., Groenewald, P., Bradshaw, P. (2007). The high burden of injuries in South Africa. *Bulletin of the World Health Organization*. 85(9). 695-702. Repéré à: <http://www.who.int/bulletin/volumes/85/9/06-037184/en/>.

Organisation Mondiale de la Santé (2014) *Global Status Report on Violence Prevention 2014*. (ISBN 978 92 4 156479 3). Repéré à : http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/status_report/2014/en/

Peberdy, S. (2008). The invisible Woman : Gender Blindness and South African Immigration Policies and Legislation. *Journal of woment in Culture and Society*. 33(4) : 800-807. Repéré à: <http://www.journals.uchicago.edu/doi/abs/10.1086/528745>

Pope, C. et Mays, N. (1995). Reaching the parts other methods cannot reach: an introduction to qualitative methods in health an health services research. *BMJ*. 311 : 42-45. Repéré à : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2550091/pdf/bmj00599-0046.pdf>

Raj, A., Silvermann, J. (2002). Violence against immigrant women: The roles of culture, context, and legal immigrant status on intimate partner violence. *Violence against women*. 8(3):367-398. Repéré à: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/10778010222183107>

Reza, A., Mercy J. A., Krug, E. (2001) Epidemiology of violent deaths in the world. *Injury prevention BMJ*. 7:104-111. Repéré à : <http://injuryprevention.bmj.com/content/7/2/104.full.pdf+html>.

Rezaenian, M. (2009). An Analysis of WHO Data on Lethal Violence: Relevance of the New Western Millennium. *Asian Pacific Journal of Public Health*. 23(3): 163-170. <https://doi.org/10.1177/1010539509338393>

Rosenberg ML., Butchart A., Mercy J., Narasimhan, V., Waters, H., Marshall, S. M. (2006) Interpersonal Violence. In: Jamison DT, Breman JG, Measham AR, et al., editors. *Disease Control Priorities in Developing Countries*. 2nd edition. Washington (DC): The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank. Chapter 40. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK11721/> Co-published by Oxford University Press, New York.

Sandelowski, M. & Barroso, J. (2007). *Handbook for synthesizing qualitative research*. New York: Springer Publishing Company.

Seedat, M. Niekerk, V. A., Jewkes, R., Suffla, S., Ratele, K. (2009). Violence and injuries in South Africa: prioritising an agenda for prevention. *The Lancet*. 374: 10011-1022. DOI: 10.1016/S0140- 6736(09) 60948-X.

Shaw, M. et Gastrow, P. (2001). Stealing the Show? Crime and its impact in Post-Apartheid South Africa. *Daedalus*. 130(1) : 235-258. Repéré à : <http://www.jstor.org/stable/20027686>

- Shamu, S., Zarowsky, C., Shefer, T., Temmerman, M., Abrahams, N. (2014) Intimate partner violence after disclosure of HIV test results among pregnant women in Harare, Zimbabwe. *PloS One*. 9(10): repéré à <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4211664/pdf/pone.0109447.pdf>
- Smit, R., Rugunaman. (2015) Transnational forced migration and negotiating emotional well-being: The case of women refugees in South Africa. *Social dynamics*. 41(1) 184-203. DOI: 10.1080/02533952.2015.1029749
- Statistics South Africa's (Stats SA). (2016). Community Survey 2016. Repéré à: http://www.statssa.gov.za/?page_id=6283
- The Republic of South Africa (1996). The Constitution of the Republic of South Africa - No. 108 of 1996, Pretoria.
- The Republic of South Africa (1998). Refugee Act - Act No. 130, Pretoria.
- Thorne, S., Reimer Kirkham, S., MacDonald-Emes, J. (1997). Interpretive Description: A Noncategorical Qualitative Alternative for Developing Nursing Knowledge. *Research in Nursing & Health*. 20, 169-177. DOI: 10.1002/(SICI)1098-240X(199704)20:2<169::AID-NUR9>3.0.CO;2-I.
- Ulicki, T., Crush, J. (2000). Gender, Farmwork, and Women's Migration from Lesotho to the New South Africa. *Canadian Journal of African Studies*. 34(1): 64-79. Repéré à: <http://www.jstor.org/stable/486106>
- Van Nieberk, A., Tonsing, S., Seedat, M., Jacobs, R., Ratele, K., McClure, R. (2015). The invisibility of men in South Africa violence prevention policy: national prioritization, male vulnerability, and framing prevention. *Global Health Action*. 8: 27649. Repéré à: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4520911/pdf/GHA-8-27649.pdf>
- Vearey, J. (2008) Migration, access to ART, and survivalist livelihood strategies in Johannesburg. *African Journal of AIDS Research*. 7(3) : 361-374. DOI: 10.2989/AJAR.2008.7.3.13.660
- Ward, L. C., Artz, L., Berg, J., Boonzaier, F., Crawford-Browne, S., Dawes, A., Foster, D., Matzopoulos, R., Nicol, A., Seekings, J., Arjan B. S., Spuy, E. (2012). Violence, violence prevention, and safety: A research agenda for South Africa. *Issue in Medicine*, 102(4), 215-218. Repéré à: <http://www.scielo.org.za/pdf/samj/v102n4/09.pdf>
- Waters, H., A. Hyder, Y. Rajkotia, S. Basu, and A. Butchart. (2004). *The Economic Dimensions of Interpersonal Violence*. Geneva: World Health Organization, Department of Injuries and Violence Prevention. Repéré à: whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241591609.pdf
- Wilson, B. J., Rappleyea, L. D., Hodgson, L. J., Hall L. T., White, B. M. (2013). Intimate Partner Violence Screening Among Migrant/Seasonal Farmworker Women and Healthcare: A Policy Brief. *Journal of Community Health*. 39(2):372-377. Repéré à: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10900-013-9772-z>
- Wolfe, A., Gray, R., et Fazel, S. (2014). Violence as a public health problem: An ecological study of 169 countries. *Social Science and Medicine*. 104(2014). 220-227. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.12.006>

Annexe 1 - Grilles d'analyses
Codes initiaux - Entrevues migrantes

Entrevue #1		
Pays d'origine	Zimbabwe	
Occupation	Travaille sur une ferme	
Âge	50 ans	
Région de domicile	Stofland	
Durée de séjour	2 mois	
Raison migration	Financière	
Langue de l'entrevue	Langue locale, traduite à l'anglais – Nafeesa et Nosi	
Codes initiaux	Citations	Mémos
Isolement	Q. Have people been friendly... yes or no? « I'm not a person with friends. »	<p>La femme ne semble pas avoir grand soutien social, sauf pour sa nièce. Elle ne fait pas mention d'appartenance à une communauté, dit ne pas avoir d'amis. Elle semble dépendre de sa nièce si jamais il lui arrivait quelque chose, elle dit être nouvelle au pays.</p> <p>Ses conditions de vie semblent discutables, surtout lorsqu'elle fait référence aux condoms usés qu'elle retrouve un peu partout. Aussi, pour elle, la propreté est une bonne manière de demeurer en santé. Toutefois, elle mentionne que son état de santé ne l'inquiète pas, car elle prit.</p> <p>Celle-ci semble vivre dans l'insécurité financière, ne sachant pas ce qui adviendra d'elle si elle tombe malade ou si elle ne fait pas suffisamment d'argent. Toutefois, elle dit qu'il est plus facile de se trouver du travail en Afrique du Sud (AS) qu'au Zimbabwe. Elle évoque que le voyage est dispendieux. Elle parle aussi de la crainte de certains migrants d'aller chercher des soins de santé.</p> <p>Les perceptions concernant la santé, la sécurité financière, le support social, les conditions de vie considérées comme étant acceptables sont certainement différentes pour une migrante sud-africaine et les miennes.</p>
Conditions de vie	Q. How important is health to you? « Is very important, but I don't worry about it my health because I pray. » Q. What do you do to stay healthy? « Is to have clinic and be clean [...]. You will find used a condom everywhere, that's not good. »	
	Q. Why leaving after two months? « Because my home is in Zimbabwe. I only came here to work and support my children. »	
Soutien social limité	Q. Tell me about the people who you consider a support system [...] « My niece. » Q. If you need healthcare, do you know where to go? « She will have to take me because I don't know where to go, I'm new here. » (Talking about her niece)	
Craintes	Q. What are the roles of CHWs? « I think they must go house to house, because inside these houses there are sick people who are scared to go to the clinic. So they must go and tell those people that to be sick does not mean you are dead. »	
Insécurités financières	Q. Please tell me about your migration story... « It is my first time here; The reason I came here is the situation in Zimbabwe, as there is no finance. Like now there is no rain and it is a problem. » Q. What are some things that have made your migration here easier? « Here it is easier to find work, as there are many farms compared to Zimbabwe... »	
	Q. Is there anything you want to share with us? « I hope if I get sick I should get a sick letter and still get paid for those days missed at work. »	
	Q. Will you come back? « It will depend with the money I will receive. If the money if good, I will come back... But if the money is low I will not come back, as travelling from here to Zimbabwe is very expensive. »	

Entrevue #4		
Pays d'origine	Zimbabwe	
Occupation	Travaille sur une ferme	
Âge	34 ans	
Région de domicile	Lubisi	
Durée de séjour	4 ans	
Raison migration	Financière	
Langue de l'entrevue	Langue locale, traduite à l'anglais – Nafeesa et Nosi	
Codes initiaux	Citations	Mémos
Insécurité financière	Q. Where do you consider being home? « Things in Zimbabwe are not going well so I came here to look for a job (something to do), and so my children could go to school and to give our children food something like that, but I consider my home as Zimbabwe. »	Difficile de trouver de l'argent en AS, difficile de faire de l'argent pour subvenir à leurs besoins primaires, mais les conditions de vie sont mieux qu'au Zimbabwe. La femme parle beaucoup de ses insécurités financières. Comment elle a de la difficulté à joindre les deux bouts, en plus de devoir envoyer de l'argent à sa famille au Zimbabwe, car ils n'ont pas suffisamment d'argent pour se nourrir.
	Q. How often do you go and come back? « I came here in August, and because things are not going well, I will be traveling to Zimbabwe in April next year. I usually go back home once a year, but this year I won't be going back because of the situation here (I have no money) so I will be going back next year. »	
	Q. Can you describe your life here right now? « I am now working in the fourth farm, harvesting grapes. I have change farm 4 times, I first work in two farms for almost 2 years, and at the end of the season I moved to another farm. Things were going well at that time, when I went to work to the third farm we were working very hard and getting paid littler money. »	Elle indique aussi que son niveau de vie a diminué dû à l'augmentation du coût des produits de première nécessité, sans toutefois avoir reçu une augmentation salariale. Elle évoque aussi qu'elle était vendeuse et coiffeuse au Zimbabwe. Toutefois, en AS elle travaille sur une ferme. Indication que ses compétences ne sont pas reconnues.
	Q. How much were you getting paid? « We were getting paid 95ZAR a day; sometimes you get 120ZAR and also 100ZAR. It is on how you work because sometimes they might say the box is 5ZAR or they decrease it by 1.50 ZAR that's how things were difficult, so I moved to the other farm. And Jaa! Things are difficult, we are working for 120ZAR a day but because of the rent and the increasing food prices you cannot afford enough stuff to support our families. You also have to send money back to Zimbabwe because there is hunger. »	Elle parle brièvement de ses relations interpersonnelles. Elle explique avoir contracté le VIH et que la présence d'un homme soit un stresser pour elle, même la présence de son mari l'inquiète. Ses relations semblent restreintes en AS. Sa nièce s'occupe d'elle et son principal soutien provient de sa famille. Elle semble aussi s'ennuyer de son pays d'origine, surtout lorsqu'elle évoque avoir trouvé l'année difficile.
	Q. Is this farm working better than the other ones? « Nothing is better, but in this farm we not working hard than the other one. Its only money if I could get 600ZAR per day or 1200ZAR per night I will still not be able to purchase small items because the price are high and money is little you see, that is how we are living.»	Elle dit qu'elle connaît certaines personnes ne voulant pas user des services de soins de santé par crainte de perdre une journée de salaire. Elle raconte aussi ne pas avoir eu accès à une opération, car elle n'avait pas les moyens de payer.

	Q. What are some challenges that you have faced while travelling? « Hunger and not having money was my motivation to come to De Doorns. »	<p>Aussi, à noter que ses deux filles sont au Zimbabwe, son fils est avec elle en AS. Elle a eu son fils en AS et on peut déduire qu'elle a eu ses filles au Zimbabwe.</p> <p>À la fin de l'entrevue, elle laisse un message pour les personnes atteintes du VIH, leur disant de ne pas avoir honte de leur condition et d'aller chercher de l'aide. Que d'être séropositif ne signifie pas la fin. Elle évoque que malgré tout elle a été chanceuse de mettre au monde trois enfants exemptes de la maladie. Ceci nous laisse croire que le fait d'être séropositive a été un événement marquant dans sa vie. Elle a peut-être même eu de la difficulté à l'accepter ?</p>
	Q. What are some things that have made your migration easier? « It's a little bit easier here because you can find money, though is not much but you can still find 200ZAR and I can send it to my children to buy maize meal were in Zimbabwe to find 20\$ is not easy you can even spend 2 mouths without having 20\$. »	
	Q. Can you tell me about any healthcare that is available on the farms? « When you get sick in the farms they allow us to go to the clinic, but in my farm you do get compensated not even 1ZAR for that day and when you come the following day you need to produce the paper from the clinic. There are no medical teams in the farms. » Q. If you don't use healthcare services, why? « I use health services but some people that I know do not use it because they do not want to lose not even one day, in this farm if you do not work for a day you do not get paid so people want money. But the other farms that have worked on if you bring the clinic letter they do pay you, so every farm is different. »	
	Q. Can we go through the history and the ongoing story of this condition (Toroid)? « I have 6 years with the condition now. And I have 8 years with HIV and AIDS, they wanted to operate me in 2013 for the Toroid but the day of the operation in Wooster I was told that it is very expensive, and I should go back to Zimbabwe to get the operation. And because I did not have money I just left it like that. » Q. So they denied you the operation because it was too expensive? «Yes.»	
Mal du pays	Q. Four years and Zimbabwe is still feels like home? « Yes, I will go and come back.	
	Q. Where will you go next? « Going back to Zimbabwe maybe forever. » Q. Is this a difficult year for me? «It is a difficult year for me.»	
	Q. Please tell me about your migration story. « We travel for better life, although these days you not sure that you travelling for a better life or bad. That is why I want to go back home. »	
Diminution du niveau de vie	Q. How did you learn about this job opportunity? « I was first told by these other lady back in Zimbabwe at my uncle's funeral that was after my first husband died and she told me that you have a passport, why don't you go to De Doorns because we can live better there and find little money and you can be able to raise you children there, So I came here with my sister. That time the price was much better and the rent was also cheaper even food. We Zimbabwean people love pa so we	

	would buy 10kg of maize meal with 60ZAR, but now the prices had went up to 80ZAR.and the rent was 1 is to 1 up until last year but this year things are very difficult because the prices had gone up but the income had not gone up. »	
Opportunités	Q. Please tell us about what you used to do before you moved here? « I was a vendor and also doing hairdressing. I used to order things from people around Zimbabwe and we could circulate the money to buy the stock but now there is no money and it was getting difficult to circulate the money to buy the stock. »	
Soutien social limité	Q. Tell me about the people whom you consider a support system or who help you in different ways? « My family, brothers and my niece they had been supporting me even if do not have something to eat that will help me, but when I am in De Doorns my niece is my support system. »	
	Q. If you need healthcare do you know where to go? «I go to the De Doorns Clinic, when I first came to De Doorns for the first time my niece who came here first told me where there clinic is. »	
Relations interpersonnelles (Stress)	Q. What puts your health at risk? « Before I came to SA I was married, and my husband died of AIDS in 2005 and I also discovered that I had HIV in 2006 when I was pregnant. I discovered that my CD4 count was 200 at the time. I was told that I have low CD4 counts for a person who is pregnant. And told that I was supposed to have at least 300 of CD4 count and went to the counsellors and they took care of me ever since. They put I on AVR and I have been taking my medication for 8 years and I have never been sick, I was even blessed with 3 kids that are HIV negative. So I know how to take care of my health and I try by all means to avoid being stressed, even when I am travelling I have my medication with me in my bag. The things that can put my health at risk are man, I do not want to stay with a man even my husband because he is going to stress me out and I do not want to be stressed. »	

Perception de la séropositivité	<p>Q. What role does the CHWs should play? « I think their job is to help other people who do not want to go to the clinic, or who do not want to go to the public because they are ashamed or afraid of their status. Some people do not even want to take their medication in public so they should go there and encourage them to take their medication.» [...] « I just want to say to people who are HIV positive that they should not be ashamed of their status and taking their medication, they must also understand their counsellors when they counsel them and understand their treatment. It does not mean that if they are positive they will die today they still have more years to live with that virus. I just want to encourage them that they should take their medication in their right time and not to be afraid, we have been given another chance to live and to have children. Myself I have 3 children that are negative and I am proud of myself and great full for that tablet we have been given, you must take care of your life and avoid stress. »</p>	
---------------------------------	---	--

Entrevue #9		
Pays d'origine	Zimbabwe	
Occupation	Travaille sur trois fermes	
Âge	41 ans	
Région de domicile	Johannesburg et Stofland	
Durée de séjour	2 ans	
Raison migration	Financière	
Langue de l'entrevue	Langue locale, traduite à l'anglais – Nafeesa et Nosi	
Codes initiaux	Citations	Mémos
Insécurité financières	<p>Q. Can you describe your life right now? « I'm working on three farms now. My life is difficult because things are expensive here so is better to go back home. » Q. Even if working in three farms? « Yes, I can't even afford to send money home. »</p>	<p>La femme explique qu'elle a des difficultés financières, qu'elle ne fait pas autant d'argent qu'elle croyait qu'elle en ferait en venant en Afrique du Sud. Elle indique qu'elle a de la difficulté à envoyer de l'argent à sa famille au Zimbabwe</p>

	<p>Q. Please tell me about your migration story? « I left home because of income and I have moved back and forth since 2014. I went to Johannesburg before coming here. [...] Is very difficult to get here from Zimbabwe because is expensive. »</p> <p>Q. Please tell us about what you used to do before you moved to Lusibi/Softland « I was a maid. » Q. And that was a good life? « Yah, but it was not enough to support my family as I am the only one left out of ten children. » Q. And this is more money? (Laughing!) « I don't know what to do now because the money is too small. »</p>	<p>parce qu'elle ne gagne pas suffisamment et qu'elle est la dernière encore vivante de ses frères et sœurs (c'est à elle qu'incombe la responsabilité de supporter la famille). Elle indique qu'elle était femme de ménage lorsqu'elle était à Johannesburg avant d'arriver dans le Stofland, ceci dû à sa condition médicale (méningite). Elle a occupé ce poste jusqu'à ce qu'elle puisse commencer à travailler sur les fermes. Toutefois, comme l'indique la femme, elle travaille sur trois fermes et ceci n'est pas suffisant.</p> <p>Elle explique aussi que le voyage entre le Zimbabwe et l'AS est très dispendieux et qu'il peut être risqué. Elle explique comment les migrantes peuvent choisir de sauver de l'argent et prendre l'autobus, où le prix est moindre pour le voyage. Cependant, en faisant cela, ces dernières s'exposent à des risques de violences sexuelles et, comme elle le précise, le risque de contracter le VIH.</p> <p>La femme semble avoir un petit réseau social en AS. Elle indique avoir quelques amis, principalement les gens avec qui elle travaille sur les fermes et sa jeune sœur.</p> <p>Finalement, on peut se demander dans quelles conditions sanitaires vit cette femme. En effet, lorsque demandé que faire pour rester en santé, elle a répondu avoir accès à de l'eau propre, de la nourriture propre et des toilettes, se qui sont tous des besoins de première nécessité. Elle fait l'éloge des soins qu'elle a reçu en AS. Étant très malade lors de son départ du Zimbabwe, elle a trouvé des soins de qualité en AS et retrouvé la santé. Elle évoque être émue lorsqu'elle songe à comment elle était malade il y a de cela quelques années.</p>
Risques associés au voyage migratoire	<p>Q. How much money do you need to go to Zimbabwe? « I need R1000 for a bus ticket to go to Zimbabwe. But I can take a risk and use trucks to go to Johannesburg with R250 and sometimes the bus driver might tell you not to pay and want to sleep with you and at the same time you have nowhere to run to but give in and maybe contract HIV. »</p>	
Soutien social	<p>Q. Where do you consider being home? « In Zimbabwe.» Q. Tell me about the people whom you consider a support system or who help you in different ways? « I have my friends, people that I work with and my younger sister. »</p>	
Conditions de vie	<p>Q. What do you do to stay healthy? « We have clean toilets and clean water. » Q. What puts your health at risk? « Is not to have clean water and toilet and eat clean food. »</p>	
Accès aux soins	<p>Q. Is there anything that you would like to share that I have missed? « I am happy with SA system, as I didn't get better treatment in Zimbabwe. » [...] Yah that I am very satisfied with the service I receive here as I came here very sick and thin. My mother can't believe it that I am actually weak because she saw me when I leave Zimbabwe that I was very sick and every time when I eat I will spill the food so it was very bad for me until I arrive here and start to receive treatment and I get very emotional with the kindness that I receive every time I visit the hospital or the clinic. »</p>	

Entrevue #16	
Pays d'origine	Lesotho
Occupation	Travaille sur trois fermes
Âge	31 ans
Région de domicile	Zinyoka De Doorns et Lusibi
Durée de séjour	Depuis 2006
Raison migration	Violence
Langue de l'entrevue	Langue locale, traduite à l'anglais – Nafeesa et Nosi

Codes initiaux	Citations	Mémos
Violence	Q. Can you describe your life here right now? « My life in De Doorns currently is not nice because the violence started by the Sotho people and now everybody thinks that all Sothos are violent. » Q. If I hear you correctly, you said that this was a nice place... just that there is too much violence? « Yes. »	Elle évoque clairement la violence comme étant un enjeu. Elle dit subir une certaine forme de discrimination lorsqu'elle dit que tout le monde croit que les Sothos sont violents.
Soutien social	Q. Where do you consider home? « I consider De Doorns as my home because in Lesotho I don't have parents. » Q. Where will you go next? « From here I will go to Lesotho to my other family. »	Son réseau social semble limité. Elle dit avoir perdu son oncle, le seul qui semblait l'aider dans l'adversité. Elle dit aussi que ses patrons ne l'aident pas lorsqu'elle est malade, mais font semblant de ne pas la connaître pour éviter les inconvénients d'avoir une employée malade. Finalement, elle explique qu'il est difficile de recevoir des soins pour les migrants principalement dus à la barrière linguistique. Comme elle explique, si elle ne se trouve pas un interprète, elle ne pourra pas recevoir de soins dans les cliniques qu'elle fréquente. On peut aussi supposer que devoir chercher un interprète pour les accompagner crée des problèmes au niveau de la confidentialité pour les patients migrants.
	Q. Tell me about the people you consider to be a support system or who helps you in different ways. « My uncle used to help me, especially when I don't have a job, but now he has died so I don't have anyone. »	
	Q. If people are injured, where do they get care? « Because I don't have ID, my boss will say he does not know me when I'm sick, but he can hire me, but not help me when I am sick. »	
Barrière linguistique	Q. As migrants are you receiving the same care as local people? « Yes. My only problem is that as a migrant and you don't know their language. They will ask you to get a translator and if can't get one, they won't help you. »	

Entrevue #10		
Pays d'origine	Zimbabwe	
Occupation	Ferme de raisins	
Âge	40 ans	
Région de domicile	Stofland, De Doorns et Mpumelele	
Durée de séjour	3 ans	
Raison migration	Financière	
Langue de l'entrevue	Langue locale, traduite à l'anglais – Nafeesa et Nosi	
Codes initiaux	Citations	Mémos
Insécurité financière	Q. Approximately how long do you plan to stay here in Stofland? « Yoh! Maybe next year I will be going back to Zimbabwe. » Q. Why? « Because I feel you cannot live a long life when you are a foreigner. » Q. Please explain to me what you mean? « Because you are here to look for money that's it. »	La femme parle d'abord de ses insécurités financières. Elle croit qu'en tant que migrant, il n'y a pas beaucoup d'opportunités financières en AS. Toutefois, elle dit qu'il est plus facile de trouver un emploi en AS qu'au Zimbabwe.
	Q. What will you do in Zimbabwe? « I will just be sitting, doing nothing, because my permit expires in 31 December 2017. »	Concernant les opportunités, elle dit qu'il n'y en a pas au Zimbabwe. Elle dit qu'elle était professeure là-bas, mais en AS elle travaille dans les fermes. Ce qui peut témoigner des opportunités limitées même pour les migrants étant éduqués.
	Q. Do you want to come back? « Yes, there is no job in Zimbabwe; at least here you can get a job in the farms to do something for your children. »	Elle dit aussi avoir hâte de se retrouver près de ses enfants qui sont restés au Zimbabwe. Elle ne semble pas entretenir une très bonne relation avec son copain. Elle confie que s'ils se laissent, il voudra qu'elle lui redonne tout ce qu'il lui a procuré. Son principal soutien social est sa sœur.
Opportunités limitées	Q. Tell me about your life here, what kind of life do you have? « I have a normal life here, but you know how hard is it to find work in the farms although you cannot do anything because there are no other work. » Q. What did you do in Zimbabwe? « There is no work in Zimbabwe even if you are educated. » Q. What is your level of education? « I was a teacher. « [...] This year when I finish this season I want to go back and work in Citrus steel farm, and when the orange season end I will come back to work in grape farms until the season end then I will go back to Zimbabwe for good. Q. Even if they grant you a permit again? « I just want to be with my kids. » Q. What if you don't get a job in Zimbabwe? « I will do nothing; I am tired of working on the farms its hard work, because there is no job in Zimbabwe. When the orange season ends next year I just want to stay with my kids. »	Finalement, elle dit toujours avoir reçu de bons soins lorsqu'elle s'est présentée à la clinique. Elle dit ne pas avoir ressenti de discrimination due à son statut de migrante.

	Q. What are some things that have made your migration here easier? « The good thing about staying here are going to work, and if I am not working I sell cosmetics around the community. » Q. Where do you get your cosmetics? « I buy them in Cape Town, and come back and sell them in the community. »	
relations interpersonnelles	Q. Tell me about the people you consider to be a support system or who helps you in different ways. « My sister. » Q. What about your boyfriend? « No, I do not trust him because he also wants everything that he has done for me back if he breaks up with me. I rather get support from my sister that won't do that. »	
Mal du pays	Q. Where do you consider being home? « I was born and grew up in Zimbabwe. I consider my home as Zimbabwe. » I just want to go back and stay with my kids. [...] When the orange season ends next year I just want to stay with my kids. »	
Voyage	Q. Was it safe? « Yes. I did not face any problem. »	
Accès aux soins	Q. Since you are a migrant have you ever feel like you have been differently? « No. That has never been a problem. » Q. Is the care satisfying? « Yes. The care is fine. » Q. What time of day would be most convenient for you to visit the clinic? « Morning, when I went there in the morning they can be able to give me a letter and produced it to my boss at work so that they can pay me for that day. » (Mentionne qu'elle peut avoir une lettre médicale lorsqu'elle est malade, qu'elle peut ensuite donner à son patron pour être payé – différent d'autres femmes)	
Soutien social	Q. Who takes care of you (when you are sick)? « My sister. »	

Entrevue #15		
Pays d'origine	Lesotho	
Occupation	Travaille sur une ferme	
Âge	29 ans	
Région de domicile	Stofland et Lubisi De Doorns	
Durée de séjour	Depuis 2007	
Raison migration	Financière	
Langue de l'entrevue	Langue locale, traduite à l'anglais – Nafeesa et Nosi	
Codes initiaux	Citations	Mémos
Violence	Q. Can you describe your life here right now? « Life around Lubisi was good but now there is too much violence and not safe. The people who cause such violence are mostly Sotho people so, this place have changed. »	<p>Lorsque la femme parle de la violence, elle semble évoquer une dégradation de la qualité vie à De Doorns, surtout quand elle dit que : « this place has changed » et « it's not nice anymore ». Elle dit demeurer en AS pour ses enfants, alors on comprend qu'il y a plus d'opportunité. Elle évoque aussi que ses enfants fréquentent l'école. Bien que le niveau de vie se soit détérioré, la femme considère qu'il est plus favorable de rester en AS que de retourner au Lesotho.</p> <p>Elle précise qu'elle désire rester en AS le plus longtemps possible. Elle semble avoir un réseau social limité. Elle dit que sa belle-mère s'occupe d'elle lorsqu'elle est malade. Toutefois, lorsque celle-ci ne peut en prendre soin, elle lui paie le trajet pour retourner dans son pays natal. Ainsi sa mère s'occupera d'elle.</p> <p>Finalement, lorsqu'elle parle des services de soins de santé, la problématique s'articule autour de la prise de rendez-vous qui semble complexe. Sinon, elle ne formule aucune autre plainte.</p>
	Q. What are some things that made your migration here easier? « Are my children because they're the reason I am staying here for a long time, but it is not nice anymore because of the violence. »	
Soutien social limité	Q. Where do you consider being home? « Lesotho. » Q. Tell me about the people you consider to be a support system or who helps you in different ways. « My support system is my mother in law who stay on Stofland. » Q. When away from home [...] who takes care of you? « My mother in law might give me money to go home and be taken care of by my mother if she can't herself. »	
Opportunités limitées	Q. Approximately how long do you plan to stay here in De Doorns? « I can't say because I will be staying here for as long it takes. » Q. Where will you go next? « In Lesotho. There is no place that I can go. »	
Voyage	Q. What are some challenges that you have faced while travelling? « I never had a problem along the way. »	

Entrevue #14		
Pays d'origine	Lesotho	
Occupation	Travaille sur une ferme	
Âge	23 ans	
Région de domicile	Montague et Libisi	
Durée de séjour	Depuis 2008	
Raison migration	Financière	
Langue de l'entrevue	Langue locale, traduit à l'anglais – Nafeesa et Nosi	
Codes initiaux	Citations	Mémos
Violence	Q. Can you describe your life here right now? « My life so far is good. There are many people who fight and mostly are Xhosa and Sotho and I don't know who start the violence. »	Lorsque le sujet de la violence a été abordé, l'intervieweuse a laissé une note pour indiquer que la participante ne semblait pas à l'aise de répondre aux questions. Toutefois, plus tard durant l'entrevue, lorsque les deux intervieweuses discutent ensemble, de nouvelles informations font apparitions. La participante aurait dit que ce serait les Sothos qui auraient commencé les violences, car ils boivent (cette information ne sera pas utilisée étant donné que nous ne pouvons confirmer que la participante a réellement affirmé ceci).
	Q. What are some challenges that you have faced as a migrant? « The only challenge is violence that is happening around here. »	
Soutien social limité	Q. Please tell us about what you used to do before you moved to Lubisi? « I was in Lesotho studying. »	Avant de quitter le Lesotho, la femme était encore aux études. Elle a délaissé l'école pour venir trouver du travail en AS. Ce sont ses parents qui lui ont parlé des opportunités de travail. Elle était alors venue en visite, mais elle est restée pour y travailler (ses parents sont en AS avec elle). Elle les considère comme étant son principal réseau de soutien. Ce sont eux qui s'occupent d'elle présentement, car elle ne travaille pas. Ce sont aussi eux qui s'occupent d'elle lorsqu'elle est malade.
	Q. What are some things that have made which have made your migration easier? « Is that I am staying with both my parents. »	
	Q. Tell me about the people you consider to be a support system or who helps you in different ways. « My parents. As now I am not working my parents take care of me and have a reciprocal duty also towards them. »	
	Q. Who takes care of you? « My parents take care of me. »	

Entrevue #12		
Pays d'origine	Lesotho	
Occupation	Travaille sur une ferme	
Âge	34 ans	
Région de domicile	Ceres, Eastern Cape et De Doorns	
Durée de séjour	Longtemps	
Raison migration	Financières	
Langue de l'entrevue	Langue locale, traduite à l'anglais – Nafeesa et Nosi	
Codes initiaux	Citations	Mémos
Opportunités	Q. Where do you consider being home? « I was born in Lesotho, and grew up in Lesotho, but my home is in De Doorns because I have been staying here for a long time and I only went to Lesotho in December. »	La femme évoque que l'AS est sa maison maintenant étant donné qu'elle y est depuis un bon moment. Elle a quitté le Lesotho à cause de raisons financières, elle n'y trouvait pas d'emploi. Elle dit que ses enfants vont à l'école en AS et qu'elle retournera peut être au Lesotho seulement lorsqu'ils auront terminé leur éducation. Bien que la situation financière n'est pas parfaite, étant donné que le travail n'est que saisonnier, elle évoque quand même que la vie y est bien. Cependant, elle fait allusion à la violence, aux gens qui boivent et qui volent. Elle dit que ceci rend la vie plus difficile en AS. Toutefois, la femme dit ne pas subir de discriminations en AS, ce qui facilite son séjour. Elle semble aussi avoir un relativement bon réseau social. Elle dit avoir des amis, de la famille, des voisins qui peuvent lui venir en aide et la conseiller. Elle semble aussi avoir confiance en les autorités locales lorsqu'elle dit que si jamais elle a des problèmes, elle appellera la police. Elle se plaint des délais afin d'avoir un Rendez-vous dans les cliniques. Elle dit aussi qu'il est difficile d'avoir un bon suivi médical, principalement dû à la barrière linguistique entre les infirmières et les migrants.
	Q. Approximately how long do you plan to stay in De Doorns? « I am prepared to stay here for a long time because there are jobs here. Also because I am staying with children, and they attend school here. Maybe when they are done, that I when I might think of what to do or where to go. »	
Violence	Q. Can you describe your life right now? « It is a bit difficult this year to stay in De Doorns because you only work seasonal and after that you don't have anything to do and to support your family. But life is all right in the community, is just the drunkard and thieves that steal our stuff.	
	Q. What do you think puts your health at risk? « Walking around at night is not safe. »	
Insécurité financières	Q. Were you moving due to agricultural work or accessing healthcare or for other specific reason? « I have moved because where I stayed there was no work and in De Doorns jobs were available. »	
Discriminations (soutien social)	Q. What are some things that have made your migration to Lubisi easier? « Thing that make it easier is that there is no discrimination, whether you from Lesotho or Zimbabwe we stay like family. »	
	Q. Tell me about the people you consider to be a support system or who helps you in different ways. « My neighbours and my friends are the people that I can call for support because when I have problems we can talk. And they could advise me on what to do, but some of the problems I report them to the police. »	
	Q. Who takes care of you if you are sick « My neighbours will take care of me. »	

Barrière linguistique	Q. What are some challenges you faced in the clinic concerning your health? « The nurses [...] don't really explain to you what is really happening with your condition because of language barriers. »	
Voyage	Q. What are some of the challenges that you have faced while travelling? « I have never experienced any challenges. I traveled safely. »	

Entrevue #13		
Pays d'origine	Lesotho	
Occupation	Travaille sur une ferme	
Âge	25 ans	
Région de domicile	Maseru, Lubisi, De Doorns	
Durée de séjour	Le plus longtemps possible, depuis 2009	
Raison migration	Financière	
Langue de l'entrevue	Langue locale, traduite à l'anglais – Nafeesa et Nosi	
Codes initiaux	Citations	Mémos
Insécurité financière	Q. Please tell me about your migration story. « I was studying in Lesotho. After that, moved to De Doorns to work. [...] I came here only to work because there are no jobs in Lesotho. »	<p>La femme explique qu'elle a quitté le Lesotho et ses études pour venir chercher du travail en Afrique du Sud. Elle dit qu'il n'y a pas d'opportunité d'emploi chez elle.</p> <p>Son principal réseau social est constitué de sa belle-mère et de son mari. Elle ne mentionne pas d'amis ou de collègues de travail.</p> <p>Elle aborde brièvement la question de la violence lorsque l'intervieweuse lui pose une question sur le sujet. Elle dit ne pas savoir exactement qui perpétue les violences, mais que selon elle c'est un mélange de différents individus. Elle évoque qu'il se batte pour leur vie et pour des choses. Ceci laisse sous-entendre que la vie n'est peut-être pas toujours facile pour les migrants. Ceci peut nous laisser croire que lorsqu'ils n'ont pas de réseau de soutien, certains peuvent se retourner vers la criminalité pour survivre.</p> <p>Finalement, la dernière problématique soulevée concernant</p>
Soutien social	Q. Where is your actual home? « Lesotho. »	
	Q. Who are the people who helped you? « My mother is the person who helped me with everything. »	
	Q. What are some things which have made your migration easier? « My husband, because I am not working at the moment. »	
	Q. Tell me about the people you consider to be a support system or who helps you in different ways. « My mother in law and my husband because they work full time and I work only season. [...] My mother in-law is the one who showed and went with me to the clinic for the first time. »	
Violence	Q. Okay, since you're not from here and heard that the people in De Doorns create war and violence for people from outside how true is that? « All I see is mix, but mostly are people from outside who cause violence, because they fight for their life and things. »	

Barrière linguistique	Q. When going to the clinic, since you can speak Xhosa and Sotho, how do you communicate with them? Especially the people at the desk? « They communicate with us in Afrikaans or Xhosa and if you can't speak English, you are asked to find someone to translate for you or call a person to translate for you. [...] This is a problem because this place is mostly people who speak Sesotho. »	la barrière linguistique. La participante évoque qu'il est difficile de communiquer avec le personnel de la clinique, car ceux-ci ne parlent pas la même langue que les migrants. Elle souligne aussi que ceci est problématique, car il y a beaucoup de migrants dans la région. Encore une fois, le fait de demander aux patients de trouver un interprète pose problème au niveau de la confidentialité pour les patients.
-----------------------	--	---

Entrevue #11- Groupe		
Sexe	Femmes	
Langue de l'entrevue	Langue locale, traduite à l'anglais – Nafeesa et Nosi	
Codes initiaux	Citations	Mémos
Discriminations	Q. Do you guys get help at the clinic? « In order to get help you must first have an ID or passport and most people don't have ID or passport and they end up not getting help at the clinic. »	<p>Les femmes semblent plus s'ouvrir et parler plus aisément des discriminations qu'elles vivent lorsqu'elles sont en groupe que lorsque les entrevues sont menées de manière individuelle. Elles évoquent vivre des discriminations du fait qu'elles sont Sotho. Elles parlent d'un individu qui les aide à la clinique, mais disent que lorsqu'il est absent, les choses sont plus compliquées.</p> <p>Les rendez-vous sont difficiles à obtenir et elles ne peuvent pas en manquer un, sinon elles n'ont pas accès à leur traitement. Ceci peut être problématique sachant qu'elles doivent manquer du travail chaque fois qu'elles doivent se présenter à la clinique. Le temps d'attente à la clinique est aussi un enjeu dont elles font mention. Elles évoquent que parfois elles se présentent à un Rendez-vous et ne sont pas reçues et doivent retourner chez elle.</p> <p>La barrière linguistique est un autre enjeu présenté par ces femmes. Elles disent subir des méchancetés et de la discrimination de la part des gens de la clinique, car elles ne parlent pas leur langue. Aussi, elles expliquent qu'elles doivent amener un traducteur dans la salle de consultation et que ceci contrevient à leur droit à la confidentialité. Elles doivent parfois sortir pour aller chercher un inconnu qui</p>
	Q. What do they do when you don't have ID? « They return you or make fools of you and is worse because most people don't speak their language. » Q. Another one? « We don't get good service because we don't have passport or ID; they tell us we must get asylum. They fight with us every time we go to the clinic and swear at us. Because we don't speak their language. »	
	Q. Who shout at you? Is it other staff or nurses? « It is the people who check our BPs, not nurses. » Q. So nurses don't shout at you? « They are also nurses. The one that give us problems are the one that takes our BPs but in the consultation room is much better and the doctor is able to look at our files. »	
	« When you are Sotho and at the hospital you are not offered a bed or food. Because I once went to the hospital having labour pain as I was pregnant and on my arrival I could not get any assistance because a Sotho and also heard one of the nurse asking the other if I am Sotho. Then I was taken off the bed to a chair for the whole night without food, but food was passing in front of me just because I am Sotho. The next morning of one of them asked if am okay and just said yes knowing very well I am not the same time I developed swollen legs. »	
	« Eeh! When Mr. Ramoshaba is not available at the clinic, we are unable to take our treatment by the clinic because he is the person who usually stands up for us. Like the other time I missed my appointment	

Barrière linguistique	to take my treatment and because of that you will be told to come back next month and TB treatment doesn't want to be skipped. That is the problem we have because when he is around he is able to help us to get our treatment. »	pourra faire la traduction pour elles (sur trois participantes, deux ont évoqué la barrière linguistique, l'autre dit n'avoir jamais éprouvé cette difficulté).
	Q. Is the clinic helpful when you need help from them, especially when you are sick? « If you take your medication and drinking at the same time you will lose weight and at the clinic they will shout at you for not taking care of yourself and also if you're not taking your medication you will die. (P1) »	Elles abordent aussi la question de la perception du VIH, elles disent que certains ont peur de prendre leur médication, ce qui peut être un grave problème. Elles disent qu'à la clinique, ils leur enseignent comment bien se nourrir. Toutefois, à cause de leurs ressources monétaires limitées, elles ne peuvent pas adopter un tel mode de vie.
	Q. Any person who would like to share something for the last time? « What I would like is for people from Lesotho to be treated like human being, as they are being part of South Africa. [...] I am adding to that, that they must treat us with respect and as part of South Africa either at the clinic or at work. [...] I want our brothers to stop fighting and stealing from us. »	Elles expliquent qu'elles sont vulnérables à la violence, notamment aux vols et aux viols. Elles disent que ce n'est pas une culture plus qu'une autre qui commet des crimes, mais que tous le font. Elles disent aussi qu'elles ne se sentent pas en sécurité lorsqu'elles marchent seules, et ce, même durant la journée. Elles disent aussi être visées directement. Que les voleurs les attendent et s'attaquent à elles. Elles ne semblent pas avoir confiance en la police. Une d'entre elles dit qu'ils viennent souvent trop tard ou ne prennent pas en note leurs requêtes, car elles sont Sothos. Elles ajoutent que personne ne vient à leur aide lorsqu'elles se font agresser. Elles ne se sentent pas en sécurité. Une femme dit que la situation a changé au cours des dernières années en Afrique du Sud. Elle dit qu'à son arrivée, il y a de cela quelques années, les choses allaient plutôt bien, mais que depuis quelques années il y eut de plus en plus de violence au pays.
	Q. What do they do when you don't have ID? « They return you or make fools of you and is worse because most people don't speak their language. [...] They fight with us every time we go to the clinic and swear to us because we don't speak their language, we end up getting no help. »	On voit que les opinions diffèrent lorsque l'intervieweuse demande aux femmes si elles comptent rester ou quitter l'Afrique du Sud. Certaines disent qu'elles se sentent chez elle, car elles y sont depuis un moment, d'autres disent que la situation (violence) fait en sorte qu'elle préfère partir, retourner au Lesotho. Toutefois, malgré ces divergences, une chose demeure, toutes s'entendent pour dire que la situation (violence) a dégénéré au cours des dernières années et rendu la vie plus difficile à De Doorns.

	<p>Q. What do most of them do in that case? Do they go outside and get a person who will translate for them or go home and not come back? « It depends that when you go outside you find a person you know and ask if she or he can be able to translate if they refuse I go home. [...] If you don't have a person to translate for you is a problem because you don't be able to take your medication because you don't know how to speak the language, as for those who came to consult I don't know how they are treated. (P1) [...] This brother once called me one day coming from inside the clinic, to translate for him, as he was sick. I managed to help him. (P2) [...] Especially on the side of young children, I once took my sisters baby to the clinic because her mother was at work. I was then returned home with a sick child because I could not communicate or find someone to translate for me. (P3) [...] I speak for myself... I don't have a problem. (P4) »</p>	<p>Pour conclure l'entrevue, l'intervieweuse demande aux femmes si elles ont quelque chose à ajouter. Elles disent subir des discriminations et aimeraient que les Sothos soient considérés comme étant des sud-africains, qu'ils ne soient pas traités différemment, mais avec respect comme tout le monde.</p>
Perception de la séropositivité	<p>Q. Is the clinic helpful when you need help from them, especially when you are sick? « The other problem we facing is youth that is scared to take their medication because they are scared of what other people will say. Maybe they sleep around knowing that there are various ways to get HIV, especially those taking ARVs and end up dying. (P2) »</p>	
Insécurité financières	<p>Q. She is asking if there is anything that you do to stay healthy, like eating well or exercising or whether you have clean toilets or water? « We do take veggies and they do teach us what to eat at the clinic but because of money and termination of contract we are unable to afford such lifestyle and all we eat is pap. »</p>	
	<p>Q. What do you think can be improved? « There are some people how are sick and can't afford to feed themselves so they must be able to go to those people and help to feed them. »</p>	
Violence (vols et viols)	<p>Q. What causes violence between people in SA and other countries? Especially between people of De Doorns and Lesotho or Zimbabwe? « They say that we take their jobs without ID and that we agrees to any price our bosses put. And we told them that we came here to work not to play and that ID does not matter, what matters is work. [...] Another one is ID; they say we take their jobs because we don't have IDs. »</p>	
	<p>Q. Do you think taking alcohol at work is also a reason for violence? That you are taking their jobs or is it because of ID? What is really the problem? « Even we people from Lesotho drink when we are at work, but they will talk and they also drinking at work. »</p>	

	<p>Q. Does being a foreigner in De Doorns? Are you free walking around alone? « No, we not free. Coloureds steal from us. [...] One day when I was hitch hiking home in Lesotho, when I was on my phone someone grabbed it from my ear and when I looked who took it, it was two coloured men with a knife and I could not do anything. [...] We are not safe especially towards men Xhosa, Sotho and Coloureds. When walking you only start to feel safe when you see another woman along the way. » Q. Men around De Doorns, including Sotho men? « Yes. In Lesotho there is no crime. Sotho men do crime here in SA. » (Clarification: My sister what she is trying to say is that it does not matter if you are Xhosa, Sotho or Coloured. They all steal and do housebreaking because we don't know them and when approached you won't know which culture the person is from. It's all the same.)</p> <p>Q. So people who steal, are those from Stofland or Lubisi? « People from Stofland steal things and bring the mat Lubisi and people from Lubisi steal things and bring them to Stofland. » Q. So no one is safe? « Like now since we are here, we have given them an opportunity to go and steal from our home. We lucky our children are back from school or else they would go and take what they see is valuable. »</p> <p>Q. How is life in De Doorns? Like how are you been treated around De Doorns? « We have problems with thieves because they rob with our last money when going to the shops to buy food for our children and if you don't want to be stabbed you shall give them all you have and be left with no money to buy food for your children. The other day they wanted to rape one of the Sotho ladies and took her phone hand gunned and it was during the day so I am scared to walk alone to town. I will rather take a taxi. » Q. Another one? « There was a lady who was robbed of her phone during the day in town by coloured people were just looking while getting robbed until this guy start to shout at them and they run away. There is no safety in De Doorns and crime is at large. [...] Is worse, they wait up for us from town and when you see them you will think is just people but they aim to rob you. [...] Adding from that is not safe because people don't help when you are being robe or killed they just watch. »</p> <p>Q. For people who been here for long, how is life for you, is it getting better or harder? What are the challenges that you come across every year? « I arrived since 2007, and by then De Doorns was a good place until 2014, where things started to change in South Africa. » Q. What has changed? « Thieves and murders started to be a large until now. [...] You see those shacks in Mphumelelo? Since we have been moved</p>	
--	--	--

	<p>things started to be bad, but before then we were safe and without being scarred that someone will rob you, so we are no longer safe. » Q. So it is a new thing? « Yes because we have grown in numbers and maybe that caused the problem. »</p> <p>Q. Any person who would like to share something for the last time? « I want our brothers to stop fighting and stealing from us. »</p>	
Perceptions des autorités compétentes (police, forces de l'ordre)	<p>Q. When being robbed or seeing someone being robbed do you call the police? « We do, but they take time to arrive and sometimes they arrive when a person has died. »</p> <p>Q. For people who been here for long, how is life for you, is it getting better or harder? What are the challenges that you come across every year? « I only have two years here and police are not doing their job properly because people are being killed and arrest them to release them later. As for people from Zimbabwe they are not being taken good care. [...] I am adding to what this lady is saying; Zimbabweans are the least people to be cared and they don't have problems. »</p> <p>Q. Any person who would like to share something for the last time? « I am saying that the police should do their work as authorised and freely because we are all equal, because sometimes when find that you Sotho you don't get the service you want. » Q. How? « Here we have committees and we sometimes go to them and report domestic violence, but sometimes it get out of hand and forced to go to the police station and when you get there you are served last just because you are Sotho. I once went there with my niece and they did the same thing. »</p>	
Soutien social (communauté)	<p>Q. Do you see De Doorns as your home or you planning to make it your home or will be going back home? « Here in De Doorns, since I am a person who arrived in 2007. I have built myself a life here and a house. I only go to Lesotho for passport issues. [...] I will only stay when life in De Doorns has changed and in Lesotho there are no jobs and I am here to make money to support my children. [...] I will only stay when life in De Doorns has changed Except for that I won't stay. [...] I am not going anywhere. My home is here, only that I am in need of ID. My mom has ID and if we can be given a house I won't go anywhere because is the same as other places like Khayelitsha or Cape Town as I am used to this place. »</p>	

Annexe 2 - Grilles d'analyses

Codes initiaux - entrevues travailleuses de santé communautaire

Entrevue #3	
Occupation	Community health worker (CHW)
Pratique depuis	3 ou 4 ans
Âge	28 ans
Lieu de résidence	Stofland
Langue de l'entrevue	Langue locale, traduite à l'anglais – Nafeesa et Nosi

Codes initiaux	Citations	Mémos
Manque de formation	Q. And do you find your training is enough? « No, I still need more training. »	Plusieurs confusions lorsqu'il était question des migrants. Nous avons décidé de ne pas tenir compte des premières réponses fournies, car la CHW ne semblait pas savoir ce qu'était un migrant (tel que souligné par Nafeesa dans les notes). Cependant, un peu plus loin dans l'entrevue les réponses deviennent plus claires et la CHW est capable de bien identifier ce qu'est un migrant.
	« I was working in Shopitre at Mountain ville. » (Shopitre est une chaîne de supermarchés, donc n'avait pas de formation dans le domaine de la santé préalablement)	
Accroissement de la population de migrants	Q. Is the number of migrants getting bigger ? « Yoh! Is getting bigger. » Q. Where are they coming from? « Lesotho and Zimbabwe. Because they have babies that must get immunized and I have to go to each house to tell them to bring their children to the clinic. »	Tout d'abord la femme indique qu'elle manque de formation, qu'elle aimerait avoir plus de responsabilités auprès de ses patients (comme être en mesure de donner des injections). Toutefois, la formation qu'elle a suivie semble brève (du peu qu'on en connaît). On apprend aussi qu'avant de devenir CHW elle travaillait dans un supermarché. C'est donc sa première expérience dans le domaine de la santé.
Accessibilité aux soins	Q. What are the typical reasons that migrants seek healthcare services? If they do not, why? « I think the reason they don't seek healthcare is because they don't have ID. » Q. Without the ID the clinic won't help them? « It seems because the other time this lady was crying because she couldn't get help as she didn't have ID and she was sick. »	Elle indique que depuis qu'elle occupe ce poste, elle a été témoin d'une augmentation du

Barrière linguistique	Q. Is the ID the only problem, what about the language? « They have people to assist with all languages at the clinic and for Zimbabwe they always use English. »	<p>nombre de migrants en AS. Selon elle, ces derniers proviennent majoritairement du Lesotho et du Zimbabwe.</p> <p>Elle dit que les gens se voient refuser des soins de santé lorsqu'ils n'ont pas d'ID (contraire à la législation sud-africaine, où tous à droit aux services de soins de santé).</p>
Xénophobie	Q. What about xenophobia? Do you see any of that in this country? « No there is no Xenophobia everybody is treated the same. »	<p>Au niveau de la barrière linguistique, lorsque l'intervieweuse lui demande si ceci existe, elle répond que non, alors que plusieurs migrantes ont soulevé cette problématique quant à l'accessibilité aux soins.</p> <p>Finalement, elle évoque qu'il n'y a pas de xénophobie, que tout le monde est traité également. Ceci contredit certains témoignages livrés par des migrantes disant qu'elles ne recevaient le même traitement, car elles étaient Sothos.</p>

Entrevue #5		
Occupation	Community health worker (CHW)	
Pratique depuis	9 ans	
Âge	29 ans	
Lieu de résidence	Stofland	
Langue de l'entrevue	Langue locale, traduite à l'anglais – Nafeesa et Nosi	
Codes initiaux	Citations	Mémos
Éducation des enfants migrants/ Manque de ressources migrants	Q. What are challenges you meet as a CHW? « There are a lot of migrants children here who don't go to school because they don't have the right papers even though they come to the crèche but is not all of them. »	La femme indique qu'elle aimerait avoir davantage de formation concernant les problèmes de santé touchant le plus la population en Afrique du Sud (VIH et TB). C'est sa première expérience dans le domaine de la santé, elle dit avoir travaillé sur une ferme avant de devenir CHW. Les enfants de migrants semblent lui tenir à cœur, elle parle d'eux et aimerait qu'ils puissent avoir accès à plus de services (éducation et garderie) et de ressources (surtout du linge, des souliers). Elle croit que ce serait bénéfique pour eux. Elle fait allusion aux perceptions des fermiers, les patrons des migrants, face à leurs employés. Elle dit que plusieurs ne les laissent pas consulter la clinique, car ils croient que ces derniers veulent seulement manquer une journée de travail (crois qu'ils sont paresseux). Elle évoque aussi les craintes des migrants. Elle dit que ces derniers ont peur de communiquer leurs problèmes de santé, surtout lorsqu'ils connaissent leur statut. Elle dit aussi qu'ils ont peur des voitures officielles du gouvernement, des policiers et des travailleurs sociaux, car selon elle ils ont peur de se faire déporter ou de se faire enlever leurs enfants. Elle raconte aussi l'histoire d'une famille migrante, où le père était abusif envers sa femme et violait son enfant. La femme explique comment elle leur est venue en aide
	Q. Is there anything you could do better if you had more money, tanning or experience? « I would especially help Lesotho children, as they can't go to school because they don't have the papers. Like one I know from Lesotho who grew up here has passed her matric but she can't get her certificate because she does not have papers. »	
	Q. What are some additional services that CHW could offer; that you don't offer now that you feel will be helpful to them? « Clothes for the children. I wish we could have sponsors who can provide clothes for children here as they are really struggling for those and you will find a child with no shoes or one pair for the whole year to go to school. »	
	Q. Is there anything you would like to add? « I think it is important to have more daycare here in De Doorns especially for migrant children. »	
Formation	Q. And do you find the training you receive from NORSA is enough for all the problems? « Yes it is but I think they must provide more training in regards to HIV and TB. » Q. Before becoming a CHW what did you do? « I work in a farm. »	
Perception des fermiers par rapport aux migrants	« You will find that farmers don't encourage them to go to the clinic as they think they only want to escape work and when we visit them it will be too late for them in regard to their disease. [...] We targeted three farms because of the owners who had problems	

	giving their employees time to visit the clinic. »	<p>pour les sortir d'une telle situation.</p> <p>Elle évoque aussi la barrière linguistique à la clinique entre les employés et les migrants. Elle dit que cette situation est compliquée et peut causer des délais de traitements.</p> <p>Finalement, elle dit que le nombre de migrants est en augmentation depuis qu'elle est devenue CHW (depuis 9 ans).</p>
Craintes migrants	Q. What are some experiences been with the migrants as opposed to the rest of the community? « At first it was difficult but it got better as we go along. The reason is because they are scared of the government's car when they see one and that they are not used to this kind of life us living.»	
	Q. How important do you think health is to the migrant population? « Yes they understand is important but they are very stubborn you just have to be patient and especially people from Zimbabwe. » Q. Stubborn how? « They don't want to talk about their health especially when they know their status [...] They don't want to talk about it and only a few take their treatment. » Q. What are the reasons that migrants won't seek healthcare? « I think is because they are scared of the people because they come from other countries. »	
	Q. What are some challenges you face when you work with the migrants populations? How do you mitigate those challenges? « What are some challenges is that they are people who live with fear from the police that they will deport them and fear from social worker, thinking they will take their children away from them because we sometimes go to their houses with social workers. »	
Violence sexuelle/abus sexuel (mère et enfant)	Q. Do you have an example of a story where you had a problem with the migrant and how you resolve that problem? « Yes it was with one of my migrant family from Lesotho. I once went there alone and find a 5-year-old baby lying on the bed and I asked what the matter with the child? She replied by saying she has a fever and when I touched the baby I sense there is more to the fever. After some days her neighbour told me that the boyfriend is raping the child and abusing the mother, when I went there to comfort her, she was very scared and I had to tell her that I will get the police for her and she started to talk and tell me that her boyfriend is raping the child and even on my last visit he heard from people that I was there and hit her. I then took them to the victim protection ward in the police went to arrest him at work. The baby was taken to the	

	hospital and the mother was taken to counselling which both of them received counselling for a year now. But now they are okay and both parents were HIV positive. » Q. And the baby is she HIV positive? « She was not but because of the rape from the father she is now HIV positive. »	
Barrière linguistique	Q. And in the health context what do you think you can offer? « I think we can have translators at the clinic that is very important. Even though we have people who speak Xhosa but they are not translators and that sometimes delay the service at the clinic as they will doing their own job and that sister will go to the chemist and get tablet for the patient without knowing what's going on with the patient. » Q. So how are they transcribing the tablets if they don't know? « Some do speak English some speak a bit of English as they didn't further their studies. » (en parlant des migrants) « I help them to get the papers because some don't speak or understand Afrikaans. »	
Accroissement du nombre de migrants	Q. What is the trend you're seeing in the number of migrants in this community? « The number is going up every year.» (Lesotho and Zimbabwe)	

Entrevue #6		
Occupation	Community health worker (CHW)	
Pratique depuis	Depuis 2006	
Âge	44 ans	
Lieu de résidence	Hasiequare	
Langue de l'entrevue	Langue locale, traduit à l'anglais – Nafeesa et Nosi	
Codes initiaux	Citations	Mémos
Insécurité financière	Q. What are the challenges you meet as a CHW? « Yoh ! They are many. One is when a person has died and you went to the family to show your support and they will think you are there to offer money. We always tell them to join funeral covers, which they don't and it is very sad to experience that, when a family cannot afford their funeral expenses. »	La femme parle d'abord de la situation financière dans laquelle se retrouvent de nombreux migrants. Comment plusieurs d'entre eux n'ont pas les moyens de payer les frais funéraires lorsqu'un de leur proche décède ou encore comment ils refusent d'aller à la clinique par crainte de manquer une journée de salaire.
	Q. What are the reasons that migrants won't access healthcare? « They don't want to wait for long times at the clinic because they are scared to lose a day at work. »	
Xénophobie	Q. What are some of other challenges with the migrant population? « They feel like outsiders as they call them makwerekwere (foreigners)» Q. Is there any aspect of xenophobia? « Yes, but we do talk to them. »	Elle parle de la xénophobie qu'ils vivent, où ceux-ci se sentent exclus et se font appeler makwerekwere.
Barrière linguistique	Q. And health wise what are some of the challenges you're facing? « Yes, the language. We need translators at the clinic in order to make communication easier and the waiting period is affecting their work. »	Elle parle ensuite de la barrière linguistique. Elle évoque que la clinique a besoin de traducteur, que ceci aiderait à leur travail et diminuer les temps d'attente. Elle confie qu'elle aimerait avoir davantage de formation.
Manque de formations	Q. And do you find your training you receive from NORSA is enough? « We need more training » Q. What kind of training? « I want to work with sick people. » Q. Before becoming a CHW what did you do? « I was working in the farm. »	Avant d'être CHW elle travaillait sur une ferme.
Enfants sans papiers	Q. Is there anything you could do better if you had more training or experience? « Encouraging them to bring their children to the crèche and helping them to get the right documents at the Home Affaire because most children don't have papers. »	Elle déplore aussi le fait que plusieurs enfants de migrants n'ont pas de documents officiels, ce qui peut compliquer leur vie en Afrique du Sud, toutefois elle ne précise pas comment. Elle dit que depuis qu'elle est CHW, elle a noté une augmentation du nombre de migrant en Afrique du Sud.
Accroissement du nombre de migrants	Q. How have you seen the number of migrants every year change? « Yes. It is increasing every year.»	Finalement, elle a une perception un peu

Perception migrante	Q. What do you think put this community at risk? « I am sure they doing risky things. » Q. What are some other things that put their life at risk? « By having sex with no condoms and buy not taking their treatment. »	pessimiste des migrants et de comment ceux-ci perçoivent la santé. Elle dit qu'elle est certaine qu'ils adoptent des comportements à risques pour leur santé, comme avoir des relations sexuelles à risques ou encore ne pas suivre leurs traitements. Toutefois, un peu plus tard dans l'entretien, elle dit qu'elle croit que les migrants suivent leurs traitements (petite contradiction).
---------------------	--	--

Entrevue #7	
Occupation	Community health worker (CHW)
Pratique depuis	Five nine years (?)
Âge	40 ans
Lieu de résidence	De Doorns
Langue de l'entrevue	Langue locale, traduite à l'anglais – Nafeesa et Nosi

Codes initiaux	Citations	Mémos
Insécurité financière	Q. How did you decide to become a CHW? « I saw the need in De Doorns whereby people don't have IDs and they suffer a lot. »	Au début de l'entretien, la femme était confuse à propos de ce qu'était la définition d'un migrant. L'intervieweuse lui a expliqué et le tout s'est clarifié. La femme exprime qu'elle aimerait avoir plus de formation, de mieux connaître les besoins de la population migrante. Avant de devenir CHW, elle n'avait aucune formation ou expérience dans le domaine de la santé. Elle parle surtout des conditions de vie précaires des migrants et des problèmes que vivent ceux qui n'ont pas de papiers. Elle donne l'exemple des familles qui ne peuvent enterrer leurs proches décédés sans la bonne documentation. Finalement, elle adresse la problématique du patriarcat, en disant que les hommes ont de la difficulté à avoir accès aux cliniques (sans préciser pourquoi) et que ces derniers empêchent souvent leur femme d'aller chercher des soins lorsqu'elles en ont besoin.
	Q. What challenges have you meet as a CHW? « When death has occurred in a family and when you get there for support they think you there to offer money or grocery. Also the fact that they don't have papers to bury from Home Affairs. »	
Formation	Q. What kind of training would you want? « Maybe to learn more about migrants and their needs. » Q. What did you do before? « I was working on a farm. »	
Patriarcat	Q. What are bearers not to access the services? « Mostly men have a problem to access the clinic when they are sick and they also refuse their wives to go to the clinic when they are sick. »	

Entrevue #8	
Occupation	Community health worker (CHW)
Pratique depuis	8 ans
Âge	36 ans
Lieu de résidence	Mphumelelo
Langue de l'interview	Langue locale, traduite à l'anglais – Nafeesa et Nosi

Codes initiaux	Citations	Mémos
Insécurité financière	Q. What are good things about being CHWs? « Basically what I like about my job both as a CHW and working for NORSA is the fact that I help people who are really struggling in terms of food and feed them. »	La participante est nutritionniste et avait de l'expérience dans le domaine de la santé avant de devenir CHW. La femme évoque qu'elle s'entend bien avec les migrants, que ce sont de bonnes personnes, mais que ces derniers vivent dans des conditions précaires. Elle dit qu'ils ne veulent pas rester dans leurs shacks, car ils n'ont pas l'électricité. On peut comprendre que ces derniers vivent dans des conditions très précaires. Elle évoque qu'ils la voient comme une leader. Ceci montre une certaine forme de hiérarchie. Elle dit aussi qu'il manque de ressources lorsqu'elle parle des soupes populaires, de leurs achalandages et du fait qu'il devrait y en avoir davantage. Elle fait aussi mention qu'ils ont peur des infirmières, la seule raison fournie est parce que ce sont des gens nerveux. Elle parle de la xénophobie qu'ils vivent. Elle dit que la situation représente un défi dans le cadre de son travail, qu'elle essaie souvent de les reconforter, car ils ont peur. Elle parle aussi des attaques, des mesures qui ont dû être mises en place. Elle dit que ces derniers ont reçu du support des fermiers après les
	Q. What are challenges you meet as a CHWs? «The challenge I meet is hunger »	
Barrière linguistique	Q. What are challenges you meet as a CHWs? « [...] and the language is a challenge also. »	
Formation	Q. How do you find your training you receive from NORSA, is it enough for all the problems ? « I will be glad if I can have more training. » Q. What kind of training? « To learn more about people's problems. »	
	Q. Before becoming a CHW what did you do? « I was in the health industry working with PMTC at the clinic now I am a nutritionist working with children. »	
Perception des migrants /Précarité	Q. Do you have interactions with the agricultural migrants? Have you worked with them? If so, what have your experiences been? « Yes I do. They are very nice people to work with only if you are patient and understand and also their living conditions are not nice. »	
	Q. What are some other problems that you face with the migrants people that you don't face with the locals? « The problem is that they don't want to stay in their shacks as they always ask if I know a person who sell a house or rent it out because they don't have electricity in their shacks. »	
	Q. What are some factors that you feel are rewarding for you as a CHW? « Because they appreciate me and when they see me they	

	always show that appreciation and also they see me as a leader. »	<p>évènements. Elle dit que la situation s'est améliorée depuis, mais qu'elle aimerait que les gens respectent les migrants, car « ils sont des êtres humains eux aussi. »</p> <p>(Traduction libre)</p> <p>Finalement, elle affirme que le nombre de migrants a augmenté durant les dernières années.</p>
	Q. What else can you do to make their experience better? « Another soup kitchen, will be better because the NORSA if full. »	
Xénophobie	Q. What are some challenges you face when you work with migrants? How do you mitigate those challenges? « The big challenge is they are always scared of Xenophobia and I tell do not comfort them of nor being scared as no one will beat them. »	
	Q. Do you have an example of one story where you had a problem with the migrant and how you resolved it? « No I don't, only the xenophobia attacks. »	
	Q. In general they were beat up? «Yes. »	
	Q. What kind of support were they given? « They did get support from the farm owners after the xenophobia attack whereby they were placed at the sport ground for safe site. »	
	Q. Why did they place them at the sport ground? « Because they were scared here. But the local people have welcomed them back it the community until now. [...] I want everybody to accept and respect migrant people because they are also human beings. »	
	Q. So what are the barriers to access the service? « They are nervous people, but now they are better. » Q. Why would they be scared? « They are scared of nurses. »	
	Q. I am done, is there anything that you want to add? « Yes. I want everyone to accept and respect migrant people because they are also human beings. »	
Accroissement du nombre de migrants	Q. What is the trend you see in the number of migrants in this community? « The number is going up. »	

Entrevue GROUPE		
Community health worker (CHW)		
Langue locale, traduite à l'anglais – Nafeesa et Nosi		
Codes initiaux	Citations	Mémos
Accessibilité aux soins de santé	Q. We are looking at migrants and their access to health services. What makes it harder to access services and what make it easier, but before that we have to ask if access is even an issue? « Accessing is not a problem. »	Elles abordent d'abord les problématiques que rencontrent les migrants qui n'ont pas de papiers, par exemple l'accès aux soins et, pour les enfants, l'accès à l'éducation.
	Q. We are looking at migrants and their access to health services. What makes it harder to access services and what make it easier, but before that we have to ask if access is even an issue? « On my side, I don't think there is a problem to access health services; the only problem is when they access care without documents. »	Elles disent que parfois ces derniers peuvent trouver de l'aide, mais que souvent ils sont laissés à eux-mêmes alors qu'ils ne savent pas comment le système fonctionne en Afrique du Sud.
	Q. Are you finding they are still getting access to the clinic even without legal document? « They sometimes help. »	Elles parlent ensuite des problèmes qu'entraîne la barrière linguistique. Que certains patients n'arrivent pas à recevoir de soins, car ils ne peuvent pas communiquer ou trouver un traducteur.
	Q. Do they get treated regardless, or must they first get the papers and then get treated? How does that work? «The thing with the affidavit is just a surety to fix the papers, but does not stop you from getting access to the clinic. » Q. So if they don't have any papers coming to De Doorns can they still get an affidavit? « Yes, they just encourage them to get an affidavit, but they will still get help. »	Elles disent aussi que certaines infirmières ne parlent qu'Afrikaans. Une avance que les infirmières savent parler anglais, mais qu'elles ne veulent pas. Elle interprète ceci comme étant du racisme. Elles ajoutent que le problème n'est pas uniquement propre aux cliniques, mais que ceci peut être un enjeu aussi dans les pharmacies et les hôpitaux.
	Q. What do you find makes it easier for migrants to access health services? « Is for them to get legal documents, because it makes things easier and there is nothing you can do without legal documents. »	Elles parlent aussi brièvement des sauts d'humeur des employés de la clinique, qui feraient peur aux migrants. Elles parlent ensuite de la violence, comment non seulement les migrants en sont victimes, mais elles aussi également. Elles disent que le chômage et la pauvreté pourraient expliquer pourquoi certains hommes ont
Barrière linguistique	Q. Tell us more about the communication system? « They don't understand the communication system properly because of different languages that we speak around. » Q. Long wait times and language is an issue? « Yes, and the referral system. » Q. Are people bringing their own people to translate? « Yes. » Q. Has this been part of your job as a CHW to do translations at the clinic? «No, it's something that we add to our duty. » [...] « Or the sister can speak English, but she does not want to speak English, only Afrikaans. » [...] « And you will find that patients don't get help at the end of the day, and go home if they cannot find a translator for that patient. »	

	<p>Q. So patients are coming to the clinic, nobody understands them... and they go home? « Yes and that patient will go straight to Worcester (hospital) and still find the same problem of communication. » [...] « And at the end of the day the patient won't get any help because of language. »</p> <p>« And sometimes really a communication problem like when the pharmacy explains of how you should take your medication and you don't understand So we went to visit them they ask you how they should take their medication. We have to explain to them. Sometimes a patient is from Worcester and didn't understand how he or she should take her medication, and there are a lot of patients that we receive here in the community that didn't understand the instructions. »</p>	<p>recours à la violence. Elles disent aussi qu'ils vendent de la drogue et que cela peut contribuer à expliquer les comportements violents. Elles disent aussi que les gens se font volés et pillés durant la journée dans certains secteurs. Que pour cela, elles ne se sentent pas en sécurité dans leur travail et vont même jusqu'à dire qu'elles ne se sentent pas en sécurité dans leur propre maison. Finalement, elles disent que la violence s'est multipliée au cours des dernières années et que celle-ci vient autant des migrants que des locaux.</p>
Xénophobie	<p>Q. So the staffs, the nurses, are not trained for different languages? «Yes. » Q. You mentioned something... That the nurses don't want to speak English? « Yes is racism. I can put it that way, because is like they force you to speak Afrikaans and you don't know Afrikaans. »</p>	
	<p>« The staffs at the clinic have moods and scare the patients. » Q. They are mood? You think it's because they are overworked or tired? « Overworked. »</p>	
Access éducation	<p>« Another problem is the ID, as you can't do anything without an ID. Even if you passed Grade 12, you can't go further because you don't have ID. »</p>	
	<p>Q. What about other part of life, like education? «You can't take a child to school without certificate. If you do take the child without certificate, it is your responsibility to issue everything is okay for the child or that child will just go on without support. »</p>	
Violences	<p>Q. I would like to ask more about the violence. Do you face any violence when going to your job, or with the people you are helping? Is violence a problem to start with? «Yes, as we have reported the matter at the clinic, because you can't walk alone all the time. Especially in Lubisi. Because there are a lot of men who sit in groups and are unemployed. »</p>	
	<p>Q. So unemployment causes violence? « Yes » Q. Is it because they don't have jobs or because they don't go for their jobs? « They</p>	

	don't have documents to have jobs. » [...] « And you can't just answer your phone as you like. »	
	Q. They use drugs as well? « Too much » [...] « They also cover themselves when they steal, so that you won't be able to identify them. »	
	Q. And Stofland? « Stofland is more during the weekends » [...]« Stofland they steal your phones, even during the day. The most dangerous place is the circle. » Q. Even in daylight, there is violence? « Yes »	
	Q. Do you feel safe in your job then? «No, we don't feel safe even in your own house, because they break in your house in daylight. » Q. The community itself is not safe, and on top of that, your job is another risk? « Yes »	
	Q. Do your patients talk about violence? « Most of them talk about it. » [...] « When you are at work, you will hear them saying that is missing in their home. »	
	Q. Is any of the violence related to the xenophobia attacks that happened many years ago, or do you think they it is because of poverty and drugs? « Poverty and drugs. »	
	Q. With the years is the violence getting bigger? « Is getting bigger. »	
	Q. Are people migrating to this area making it worst, or is it coming from the people staying here already? « Is both sides » [...] « But migrants also got tired of being beaten by the local people, so they are fighting back. »	

Annexe 3 - Grilles d'analyses
Codes focaux - Entrevues migrantes

Adversités physiques et psychologiques		
Regroupement des codes initiaux	Sous-thèmes	Extraits des entrevues
Relations interpersonnelles;	Relations conjugales	Q. What puts your health at risk? « Before I came to SA I was married, and my husband died of AIDS in 2005 and I also discovered that I had HIV in 2006 when I was pregnant. I discovered that my CD4 count was 200 at the time. I was told that I have low CD4 counts for a person who is pregnant. And told that I was supposed to have at least 300 of CD4 count and went to the counsellors and they took care of me ever since. They put I on AVR and I have been taking my medication for 8 years and I have never been sick, I was even blessed with 3 kids that are HIV negative. So I know how to take care of my health and I try by all means to avoid being stressed, even when I am travelling I have my medication with me in my bag. The things that can put my health at risk are man, I do not want to stay with a man even my husband because he is going to stress me out and I do not want to be stressed. »
		Q. Tell me about the people you consider to be a support system or who helps you in different ways. « My sister. » Q. What about your boyfriend? « No, I do not trust him because he also wants everything that he has done for me back if he breaks up with me. I rather get support from my sister that won't do that. »
Risques associés au voyage migratoire;	Aucun risque rapporté	Q. Was it safe? « Yes. I did not face any problem. »
		Q. What are some challenges that you have faced while travelling? « I never had a problem along the way. »
	Risques rapportés	Q. What are some of the challenges that you have faced while travelling? « I have never experienced any challenges. I traveled safely. »
		Q. How much money do you need to go to Zimbabwe? « I need R1000 for a bus ticket to go to Zimbabwe. But I can take a risk and use trucks to go to Johannesburg with R250 and sometimes the bus driver might tell you not to pay and want to sleep with you and at the same time you have nowhere to run to but give in and maybe contract HIV. »
Violences;	insécurité	Doorns currently is not nice because the violence started by the Sotho people and now everybody thinks that all Sothos are violent. » Q. If I hear you correctly, you said that this was a nice place... just that there is too much violence? « Yes. »
		Q. Can you describe your life here right now? « Life around Lubisi was good but now there is too much violence and not safe. The people who cause such violence are mostly Sotho people so, this place have changed. »
		Q. What are some things that made your migration here easier? « Are my children because they're the reason I am staying here for a long time, but it is not nice anymore because of the violence. »
		Q. Can you describe your life here right now? « My life so far is good. There are many people who fight and mostly are Xhosa and Sotho and I don't know who start the violence. »
		Q. What are some challenges that you have faced as a migrant? « The only challenge is violence that is happening around here. »
		Q. What do you think puts your health at risk? « Walking around at night is not safe. »
		Q. Okay, since you're not from here and heard that the people in De Doorns create war and violence for

		people from outside how true is that? « All I see is mix, but mostly are people from outside who cause violence, because they fight for their life and things. »
	Les actes violents	Q. Can you describe your life right now? « It is a bit difficult this year to stay in De Doorns because you only work seasonal and after that you don't have anything to do and to support your family. But life is all right in the community, is just the drunkard and thieves that steal our stuff.
		Q. Does being a foreigner in De Doorns? Are you free walking around alone? « No, we not free. Coloureds steal from us. [...] One day when I was hitch hiking home in Lesotho, when I was on my phone someone grabbed it from my ear and when I looked who took it, it was two coloured men with a knife and I could not do anything. [...] We are not safe especially towards men Xhosa, Sotho and Coloureds. When walking you only start to feel safe when you see another woman along the way. » Q. Men around De Doorns, including Sotho men? « Yes. In Lesotho there is no crime. Sotho men do crime here in SA. » (Clarification: My sister what she is trying to say is that it does not matter if you are Xhosa, Sotho or Coloured. They all steal and do housebreaking because we don't know them and when approached you won't know which culture the person is from. It's all the same.)
		Q. So people who steal, are those from Stofland or Lubisi? « People from Stofland steal things and bring the mat Lubisi and people from Lubisi steal things and bring them to Stofland. » Q. So no one is safe? « Like now since we are here, we have given them an opportunity to go and steal from our home. We lucky our children are back from school or else they would go and take what they see is valuable. »
		Q. How is life in De Doorns? Like how are you been treated around De Doorns? « We have problems with thieves because they rob with our last money when going to the shops to buy food for our children and if you don't want to be stabbed you shall give them all you have and be left with no money to buy food for your children. The other day they wanted to rape one of the Sotho ladies and took her phone hand gunned and it was during the day so I am scared to walk alone to town. I will rather take a taxi. » Q. Another one? « There was a lady who was robbed of her phone during the day in town by coloured people were just looking while getting robbed until this guy start to shout at them and they run away. There is no safety in De Doorns and crime is at large. [...] Is worse, they wait up for us from town and when you see them you will think is just people but they aim to rob you. [...] Adding from that is not safe because people don't help when you are being robe or killed they just watch. »
		Q. Any person who would like to share something for the last time? « I want our brothers to stop fighting and stealing from us. »
	Causes percues	Q. What causes violence between people in SA and other countries? Especially between people of De Doorns and Lesotho or Zimbabwe? « They say that we take their jobs without ID and that we agrees to any price our bosses put. And we told them that we came here to work not to play and that ID does not matter, what matters is work. [...] Another one is ID; they say we take their jobs because we don't have IDs. » Q. Do you think taking alcohol at work is also a reason for violence? That you are taking their jobs or is it because of ID? What is really the problem? « Even we people from Lesotho drink when we are at work, but they will talk and they also drinking at work. »

		Q. For people who been here for long, how is life for you, is it getting better or harder? What are the challenges that you come across every year? « I arrived since 2007, and by then De Doorns was a good place until 2014, where things started to change in South Africa. » Q. What has changed? « Thieves and murders started to be a large until now. [...] You see those shacks in Mphumelelo? Since we have been moved things started to be bad, but before then we were safe and without being scarred that someone will rob you, so we are no longer safe. » Q. So it is a new thing? « Yes because we have grown in numbers and maybe that caused the problem. »
--	--	--

Adversités économiques et privations matérielles		
Regroupement des codes initiaux	Sous-thèmes	Extraits des entrevues
Opportunités;	Opportunités en Afrique du Sud	Q. Please tell me about your migration story... « It is my first time here; The reason I came here is the situation in Zimbabwe, as there is no finance. Like now there is no rain and it is a problem. » Q. What are some things that have made your migration here easier? « Here it is easier to find work, as there are many farms compared to Zimbabwe... »
		Q. Where do you consider being home? « Things in Zimbabwe are not going well so I came here to look for a job (something to do), and so my children could go to school and to give our children food something like that, but I consider my home as Zimbabwe. »
		Q. What are some challenges that you have faced while travelling? « Hunger and not having money was my motivation to come to De Doorns. »
		Q. What are some things that have made your migration easier? « It's a little bit easier here because you can find money, though is not much but you can still find 200ZAR and I can send it to my children to buy maize meal were in Zimbabwe to find 20\$ is not easy you can even spend 2 mouths without having 20\$. »
		Q. What are some things that have made your migration here easier? « The good thing about staying here are going to work, and if I am not working I sell cosmetics around the community. » Q. Where do you get your cosmetics? « I buy them in Cape Town, and come back and sell them in the community. »
		Q. Do you want to come back? «Yes, there is no job in Zimbabwe; at least here you can get a job in the farms to do something for your children. » Q. What will you do in Zimbabwe? « I will just be siting, doing nothing, because my permit expires in 31 December 2017. »
		Q. Were you moving due to agricultural work or accessing healthcare or for other specific reason? « I have moved because where I stayed there was no work and in De Doorns jobs were available. »
		Q. Can you describe your life here right now? « I am now working in the fourth farm, harvesting grapes. I have change farm 4 times, I first work in two farms for almost 2 years, and at the end of the season I moved to another farm. Things were going well at that time, when I went to work to the third farm we were working very hard and getting paid littler money. »
Diminution du niveau de vie;	Charge de travail	Q. Can you describe your life right now? « I'm working on three farms now. My life is difficult because things are expensive here so is better to go back home. » Q. Even if working in three farms? « Yes, I can't

		even afford to send money home. »
	Augmentation du coût de la vie	Q. How much were you getting paid? « We were getting paid 95ZAR a day; sometimes you get 120ZAR and also 100ZAR. It is on how you work because sometimes they might say the box is 5ZAR or they decrease it by 1.50 ZAR that's how things were difficult, so I moved to the other farm. And Jaa! Things are difficult, we are working for 120ZAR a day but because of the rent and the increasing food prices you cannot afford enough stuff to support our families. You also have to send money back to Zimbabwe because there is hunger. »
		Q. How did you learn about this job opportunity? « I was first told by these other lady back in Zimbabwe at my uncle's funeral that was after my first husband died and she told me that you have a passport, why don't you go to De Doorns because we can live better there and find little money and you can be able to raise you children there, So I came here with my sister. That time the price was much better and the rent was also cheaper even food. We Zimbabwean people love pa so we would buy 10kg of maize meal with 60ZAR, but now the prices had went up to 80ZAR and the rent was 1 is to 1 up until last year but this year things are very difficult because the prices had gone up but the income had not gone up. »
		Q. How often do you go and come back? « I came here in August, and because things are not going well, I will be traveling to Zimbabwe in April next year. I usually go back home once a year, but this year I won't be going back because of the situation here (I have no money) so I will be going back next year. » Q. Is this farm working better than the other ones? « Nothing is better, but in this farm we not working hard than the other one. Its only money if I could get 600ZAR per day or 1200ZAR per night I will still not be able to purchase small items because the price are high and money is little you see, that is how we are living.»
		Q. Please tell us about what you used to do before you moved to Lusibi/Softland « I was a maid. » Q. And that was a good life? « Yah, but it was not enough to support my family, as I am the only one left out of ten children. » Q. And this is more money? (Laughing!) « I don't know what to do now because the money is too small. »
	Changement statut social	Q. Please tell us about what you used to do before you moved to Lubisi? « I was in Lesotho studying. »
		Q. Please tell me about your migration story. « I was studying in Lesotho. After that, moved to De Doorns to work. [...] I came here only to work because there are no jobs in Lesotho. »
		Q. Tell me about your life here, what kind of life do you have? « I have a normal life here, but you know how hard is it to find work in the farms although you cannot do anything because there are no other work. » Q. What did you do in Zimbabwe? « There is no work in Zimbabwe even if you are educated. » Q. What is your level of education? « I was a teacher. « [...] This year when I finish this season I want to go back and work in Citrus steel farm, and when the orange season end I will come back to work in grape farms until the season end then I will go back to Zimbabwe for good. Q. Even if they grant you a permit again? « I just want to be with my kids. » Q. What if you don't get a job in Zimbabwe? « I will do nothing; I am tired of working on the farms its hard work, because there is no job in Zimbabwe. When the orange season ends next year I just want to stay with my kids. »
	Conditions de vie	Q. How important is health to you? « Is very important, but I don't worry about it my health because I pray. » Q. What do you do to stay healthy? « Is to have clinic and be clean [...]. You will find used a condom

		everywhere, that's not good. »
		Q. What do you do to stay healthy? « We have clean toilets and clean water. » Q. What puts your health at risk? « Is not to have clean water and toilet and eat clean food. »
		Q. She is asking if there is anything that you do to stay healthy, like eating well or exercising or whether you have clean toilets or water? « We do take veggies and they do teach us what to eat at the clinic but because of money and termination of contract we are unable to afford such lifestyle and all we eat is pap. »
		Q. Approximately how long do you plan to stay here in Stofland? « Yoh! Maybe next year I will be going back to Zimbabwe. » Q. Why? « Because I feel you cannot live a long life when you are a foreigner. » Q. Please explain to me what you mean? « Because you are here to look for money that's it. »
	Voyage dispendieux	Q. Will you come back? « It will depend with the money I will receive. If the money if good, I will come back... But if the money is low I will not come back, as travelling from here to Zimbabwe is very expensive. »
		Q. Please tell me about your migration story? « I left home because of income and I have moved back and forth since 2014. I went to Johannesburg before coming here. [...] Is very difficult to get here from Zimbabwe because is expensive. »
Accès aux soins	Limites	Q. Can you tell me about any healthcare that is available on the farms? « When you get sick in the farms they allow us to go to the clinic, but in my farm you do get compensated not even 1ZAR for that day and when you come the following day you need to produce the paper from the clinic. There are no medical teams in the farms. » Q. If you don't use healthcare services, why? « I use health services but some people that I know do not use it because they do not want to lose not even one day, in this farm if you do not work for a day you do not get paid so people want money. But the other farms that have worked on if you bring the clinic letter they do pay you, so every farm is different. »
		Q. Is there anything you want to share with us? « I hope if I get sick I should get a sick letter and still get paid for those days missed at work. »
		Q. Can we go through the history and the ongoing story of this condition (Toroid)? « I have 6 years with the condition now. And I have 8 years with HIV and AIDS, they wanted to operate me in 2013 for the Toroid but the day of the operation in Wooster I was told that it is very expensive, and I should go back to Zimbabwe to get the operation. And because I did not have money I just left it like that. » Q. So they denied you the operation because it was too expensive? «Yes.»
		Q. Do you guys get help at the clinic? « In order to get help you must first have an ID or passport and most people don't have ID or passport and they end up not getting help at the clinic. »
		Q. What do you think can be improved? « There are some people how are sick and can't afford to feed themselves so they must be able to go to those people and help to feed them. »
	Accessibilité	Q. Is there anything that you would like to share that I have missed? « I am happy with SA system, as I didn't get better treatment in Zimbabwe. » [...] Yah that I am very satisfied with the service I receive here as I came here very sick and thin. My mother can't believe it that I am actually weak because she saw me when I leave Zimbabwe that I was very sick and every time when I eat I will spill the food so it was very

		bad for me until I arrive here and start to receive treatment and I get very emotional with the kindness that I receive every time I visit the hospital or the clinic. »
		Q. Since you are a migrant have you ever feel like you have been differently? « No. That has never been a problem. » Q. Is the care satisfying? « Yes. The care is fine. » Q. What time of day would be most convenient for you to visit the clinic? « Morning, when I went there in the morning they can be able to give me a letter and produced it to my boss at work so that they can pay me for that day. »
	Discriminations	Q. Who shout at you? Is it other staff or nurses? « It is the people who check our BPs, not nurses. » Q. So nurses don't shout at you? « They are also nurses. The one that give us problems are the one that takes our BPs but in the consultation room is much better and the doctor is able to look at our files. »
		« When you are Sotho and at the hospital you are not offered a bed or food. Because I once went to the hospital having labour pain as I was pregnant and on my arrival I could not get any assistance because a Sotho and also heard one of the nurse asking the other if I am Sotho. Then I was taken off the bed to a chair for the whole night without food, but food was passing in front of me just because I am Sotho. The next morning of one of them asked if am okay and just said yes knowing very well I am not the same time I developed swollen legs. »
		« Eeh! When Mr. Ramoshaba is not available at the clinic, we are unable to take our treatment by the clinic because he is the person who usually stands up for us. Like the other time I missed my appointment to take my treatment and because of that you will be told to come back next month and TB treatment doesn't want to be skipped. That is the problem we have because when he is around he is able to help us to get our treatment. »
		Q. Is the clinic helpful when you need help from them, especially when you are sick? « If you take your medication and drinking at the same time you will lose weight and at the clinic they will shout at you for not taking care of yourself and also if you're not taking you medication you will die. (P1) »
		Q. Any person who would like to share something for the last time? « What I would like is for people from Lesotho to be treated like human being, as they are being part of South Africa. [...] I am adding to that, that they must treat us with respect and as part of South Africa either at the clinic or at work. »
	Barrière linguistique	Q. As migrants are you receiving the same care as local people? « Yes. My only problem is that as a migrant and you don't know their language. They will ask you to get a translator and if can't get one, they won't help you. »
		Q. When going to the clinic, since you can speak Xhosa and Sotho, how do you communicate with them? Especially the people at the desk? « They communicate with us in Afrikaans or Xhosa and if you can't speak English, you are asked to find someone to translate for you or call a person to translate for you. [...] This is a problem because this place is mostly people who speak Sesotho. »
		Q. What do they do when you don't have ID? « They return you or make fools of you and is worse because most people don't speak their language. » Q. Another one? « We don't get good service because we don't have passport or ID; they tell us we must get asylum. They fight with us every time we go to the clinic and swear at us. Because we don't speak their language. »

		<p>Q. What do they do when you don't have ID? « They return you or make fools of you and is worse because most people don't speak their language. [...] They fight with us every time we go to the clinic and swear to us because we don't speak their language, we end up getting no help. » Q. What do other people have to say about that? « As a new person here who doesn't know how things are done around here, I asked one of the nurses and told me to "why can't I ask those white people standing by the window." By the way she is Xhosa but expected me to ask a person who speaks Afrikaans or English and I don't know those language. The thing is some of us didn't finish school; some of us don't know English that well and end up being scared to consult so that's our problem. » Q. What things need to be changed at the clinic? « What could be changed is for the clinic to have people who speak all languages because we are unable to consult because of language. [...] My wish as that lady explained is that they could have people who speak all languages so that when we can't speak Afrikaans we can still get help. » Q. How do you communicate with the people by the clinic if you don't speak Afrikaans? « You return home and get a person who will translate for you because they say they don't understand our language. » Q. What do most of them do in that case? Do they go outside and get a person who will translate for them or go home and not come back? « It depends that when you go outside you find a person you know and ask if she or he can be able to translate if they refuse I go home. [...] If you don't have a person to translate for you is a problem because you don't be able to take your medication because you don't know how to speak the language, as for those who came to consult I don't know how they are treated. (P1) [...] This brother once called me one day coming from inside the clinic, to translate for him, as he was sick. I managed to help him. (P2) [...] Especially on the side of young children, I once took my sisters baby to the clinic because her mother was at work. I was then returned home with a sick child because I could not communicate or find someone to translate for me. (P3) [...] I speak for myself... I don't have a problem. (P4) »</p>
		<p>Q. What are some challenges you faced in the clinic concerning your health? « The nurses [...] don't really explain to you what is really happening with your condition because of language barriers. »</p>
	Craintes	<p>Q. What are the roles of CHWs? « I think they must go house to house, because inside these houses there are sick people who are scared to go to the clinic. So they must go and tell those people that to be sick does not mean you are dead. »</p>
		<p>Q. What role does the CHWs should play? « I think their job is to help other people who do not want to go to the clinic, or who do not want to go to the public because they are ashamed or afraid of their status. Some people do not even want to take their medication in public so they should go there and encourage them to take their medication.» [...] « I just want to say to people who are HIV positive that they should not be ashamed of their status and taking their medication, they must also understand their counsellors when they counsel them and understand their treatment. It does not mean that if they are positive they will die today they still have more years to live with that virus. I just want to encourage them that they should take their medication in their right time and not to be afraid, we have been given another chance to live and to have children. Myself I have 3 children that are negative and I am proud of myself and great full for that tablet we have been given, you must take care of your life and avoid stress. »</p>

		Q. Is the clinic helpful when you need help from them, especially when you are sick? « The other problem we facing is youth that is scared to take their medication because they are scared of what other people will say. Maybe they sleep around knowing that there are various ways to get HIV, especially those taking ARVs and end up dying. »
--	--	---

Adversités sociales		
Regroupement des codes initiaux	Sous-thèmes	Extraits des entrevues
Soutien social et entraide;	Famille	Q. Tell me about the people who you consider a support system [...] « My niece. » Q. If you need healthcare, do you know where to go? « She will have to take me because I don't know where to go, I'm new here. » (Talking about her niece)
		Q. Tell me about the people whom you consider a support system or who help you in different ways? « My family, brothers and my niece they had been supporting me even if do not have something to eat that will help me, but when I am in De Doorns my niece is my support system. » Q. If you need healthcare do you know where to go? « I go to the De Doorns Clinic, when I first came to De Doorns for the first time my niece who came here first told me where there clinic is. »
		Q. Tell me about the people you consider to be a support system or who helps you in different ways. « My uncle used to help me, especially when I don't have a job, but now he has died so I don't have anyone. » Q. If people are injured, where do they get care? « Because I don't have ID, my boss will say he does not know me when I'm sick, but he can hire me, but not help me when I am sick. »
		Q. Who takes care of you (when you are sick)? « My sister. »
		Q. Tell me about the people you consider to be a support system or who helps you in different ways. « My support system is my mother in law who stay on Stofland. » Q. When away from home [...] who takes care of you? « My mother in law might give me money to go home and be taken care of by my mother if she can't herself. »
		Q. What are some things that have made which have made your migration easier? « Is that I am staying with both my parents. » Q. Tell me about the people you consider to be a support system or who helps you in different ways. « My parents. As now I am not working my parents take care of me and have a reciprocal duty also towards them. » Q. Who takes care of you? « My parents take care of me. »
		Q. Who are the people who helped you? « My mother is the person who helped me with everything. » Q. What are some things which have made your migration easier? « My husband, because I am not working at the moment. » Q. Tell me about the people you consider to be a support system or who helps you in different ways. « My mother in law and my husband because they work full time and I work only season. [...] My mother in-law is the one who showed and went with me to the clinic for the first time. »
		Q. Tell me about the people you consider to be a support system or who helps you in different ways. « My support system is my mother in law who stay on Stofland. » Q. When away from home [...] who takes care of you? « My mother in law might give me money to go home and be taken care of by my mother if she can't herself. »

	Isolement	Q. Have people been friendly... yes or no? « I'm not a person with friends. »
		Q. Do you see De Doorns as your home or you planning to make it your home or will be going back home? « Here in De Doorns, since I am a person who arrived in 2007. I have built myself a life here and a house. I only go to Lesotho for passport issues. [...] I will only stay when life in De Doorns has changed and in Lesotho there are no jobs and I am here to make money to support my children. [...] I will only stay when life in De Doorns has changed Except for that I won't stay. [...] I am not going anywhere. My home is here, only that I am in need of ID. My mom has ID and if we can be given a house I won't go anywhere because is the same as other places like Khayelitsha or Cape Town as I am used to this place. »
	Amis/collègues	Q. What are some things which have made your migration to Lubisi easier? « Thing that make it easier is that there is no discrimination, whether you from Lesotho or Zimbabwe we stay like family. » Q. Tell me about the people you consider to be a support system or who helps you in different ways. « My neighbours and my friends are the people that I can call for support because when I have problems we can talk. And they could advise me on what to do, but some of the problems I report them to the police. » Q. Who takes care of you if you are sick « My neighbours will take care of me. »
		Q. Tell me about the people whom you consider a support system or who help you in different ways? « I have my friends, people that I work with and my younger sister. »
Mal du pays	Q. Where will you go next? « Going back to Zimbabwe maybe forever. » Q. Is this a difficult year for me? «It is a difficult year for me.» Q. Please tell me about your migration story. « We travel for better life, although these days you not sure that you travelling for a better life or bad. That is why I want to go back home. »	
Sentiment d'appartenance;	Sentiment d'appartenance Lesotho/Zimbabwe	Q. Where do you consider being home? « Things in Zimbabwe are not going well so I came here to look for a job (something to do), and so my children could go to school and to give our children food something like that, but I consider my home as Zimbabwe. » Q. Four years and Zimbabwe is still feels like home? « Yes, I will go and come back. »
		Q. Why leaving after two months? « Because my home is in Zimbabwe. I only came here to work and support my children. »
		Q. Where do you consider being home? « In Zimbabwe.»
		Q. Where do you consider being home? « I was born and grew up in Zimbabwe. I consider my home as Zimbabwe. » I just want to go back and stay with my kids. [...] When the orange season ends next year I just want to stay with my kids. »
		Q. Where do you consider being home? « Lesotho.
		Q. Where is your actual home? « Lesotho. »
	Sentiment d'appartenance Afrique du Sud	Q. Where do you consider home? « I consider De Doorns as my home because in Lesotho I don't have parents. » Q. Where will you go next? « From here I will go to Lesotho to my other family. »
		Q. Do you see De Doorns as your home or you planning to make it your home or will be going back home? « Here in De Doorns, since I am a person who arrived in 2007. I have built myself a life here and a house. I only go to Lesotho for passport issues. [...] I will only stay when life in De Doorns has changed

		<p>and in Lesotho there are no jobs and I am here to make money to support my children. [...] I will only stay when life in De Doorns has changed Except for that I won't stay. [...] I am not going anywhere. My home is here, only that I am in need of ID. My mom has ID and if we can be given a house I won't go anywhere because is the same as other places like Khayelitsha or Cape Town as I am used to this place. »</p> <p>Q. Where do you consider being home? « I was born in Lesotho, and grew up in Lesotho, but my home is in De Doorns because I have been staying here for a long time and I only went to Lesotho in December. »</p> <p>Q. Approximately how long do you plan to stay in De Doorns? « I am prepared to stay here for a long time because there are jobs here. Also because I am staying with children, and they attend school here. Maybe when they are done, that I when I might think of what to do or where do go. »</p>
Craintes;	Perception des autorités compétentes	<p>Q. When being robbed or seeing someone being robbed do you call the police? « We do, but they take time to arrive and sometimes they arrive when a person has died. » Q. For people who been here for long, how is life for you, is it getting better or harder? What are the challenges that you come across every year? « I only have two years here and police are not doing their job properly because people are being killed and arrest them to release them later. As for people from Zimbabwe they are not being taken good care. [...] I am adding to what this lady is saying; Zimbabweans are the least people to be cared and they don't have problems. » Q. Any person who would like to share something for the last time? « I am saying that the police should do their work as authorised and freely because we are all equal, because sometimes when find that you Sotho you don't get the service you want. » Q. How? « Here we have committees and we sometimes go to them and report domestic violence, but sometimes it get out of hand and forced to go to the police station and when you get there you are served last just because you are Sotho. I once went there with my niece and they did the same thing. »</p>

Annexe 4 - Grilles d'analyses

Codes focaux - Entrevues travailleuses de santé communautaire

<i>Adversités physiques et psychologiques</i>		
<i>Regroupement des codes initiaux</i>	<i>Sous-thèmes</i>	<i>Extrait des entretiens</i>
<i>Relations interpersonnelles;</i>	<i>La violence familiale</i>	<p>Q. Do you have an example of a story where you had a problem with the migrant and how you resolve that problem? « Yes it was with one of my migrant family from Lesotho. I once went there alone and find a 5-year-old baby lying on the bed and I asked what the matter with the child? She replied by saying she has a fever and when I touched the baby I sense there is more to the fever. After some days her neighbour told me that the boyfriend is raping the child and abusing the mother, when I went there to comfort her, she was very scared and I had to tell her that I will get the police for her and she started to talk and tell me that her boyfriend is raping the child and even on my last visit he heard from people that I was there and hit her. I then took them to the victim protection ward in the police went to arrest him at work. The baby was taken to the hospital and the mother was taken to counselling which both of them received counselling for a year now. But now they are okay and both parents were HIV positive. » Q. And the baby is she HIV positive? « She was not but because of the rape from the father she is now HIV positive. »</p>
<i>Violences;</i>	<i>Les actes violents</i>	<p>Q. And Stofland? « Stofland is more during the weekends » [...]« Stofland they steal your phones, even during the day. The most dangerous place is the circle. » Q. Even in daylight, there is violence? « Yes »</p> <p>Q. What about xenophobia? Do you see any of that in this country? « No there is no Xenophobia everybody is treated the same. »</p> <p>Q. What are some of other challenges with the migrant population? « They feel like outsiders as they call them makwerekwere (foreigners)» Q. Is there any aspect of xenophobia? « Yes, but we do talk to them. »</p> <p>Q. What are some challenges you face when you work with migrants? How do you mitigate those challenges? « The big challenge is they are always scared of Xenophobia and I tell do not comfort them of nor being scared as no one will beat them. »</p> <p>Q. Do you have an example of one story where you had a problem with the migrant and how you resolved it? « No I don't, only the xenophobia attacks. » Q. In general they were beat up? «Yes. » Q. What kind of support were they given? « They did get support from the farm owners after the xenophobia attack whereby they were placed at the sport ground for safe site. » Q. Why did they place them at the sport ground? « Because they were scared here. But the local people have welcomed them back in the community until now. [...] I want everybody to accept and respect migrant people because they are also human beings. »</p>

		Q. I am done, is there anything that you want to add? « Yes. I want everyone to accept and respect migrant people because they are also human beings. »
		Q. With the years is the violence getting bigger? « Is getting bigger. »
	Les insécurités	Q. I would like to ask more about the violence. Do you face any violence when going to your job, or with the people you are helping? Is violence a problem to start with? « Yes, as we have reported the matter at the clinic, because you can't walk alone all the time. Especially in Lubisi. Because there are a lot of men who sit in groups and are unemployed. »
		Q. Do you feel safe in your job then? « No, we don't feel safe even in your own house, because they break in your house in daylight. » Q. The community itself is not safe, and on top of that, your job is another risk? « Yes »
		Q. Do your patients talk about violence? « Most of them talk about it. » [...] « When you are at work, you will hear them saying that is missing in their home. »
		Q. So unemployment causes violence? « Yes » Q. Is it because they don't have jobs or because they don't go for their jobs? « They don't have documents to have jobs. » [...] « And you can't just answer your phone as you like. »
	Les causes perçues	Q. They use drugs as well? « Too much » [...] « They also cover themselves when they steal, so that you won't be able to identify them. »
		Q. Is any of the violence related to the xenophobia attacks that happened many years ago, or do you think they it is because of poverty and drugs? « Poverty and drugs. »
		Q. Are people migrating to this area making it worst, or is it coming from the people staying here already? « Is both sides » [...] « But migrants also got tired of being beaten by the local people, so they are fighting back. »

Adversités économiques et privations matérielles		
Regroupement des codes initiaux	Sous-thèmes	Extraits des entrevues
Manque de ressources ;	Les limites financières	Q. What are the challenges you meet as a CHW? « Yoh ! They are many. One is when a person has died and you went to the family to show your support and they will think you are there to offer money. We always tell them to join funeral covers, which they don't and it is very sad to

		<i>experience that, when a family cannot afford their funeral expenses. »</i>
		Q. What challenges have you meet as a CHW? « When death has occurred in a family and when you get there for support they think you there to offer money or grocery. Also the fact that they don't have papers to bury from Home Affairs. »
	Conditions de vie	Q. What are some additional services that CHW could offer; that you don't offer now that you feel will be helpful to them? « Clothes for the children. I wish we could have sponsors who can provide clothes for children here as they are really struggling for those and you will find a child with no shoes or one pair for the whole year to go to school. »
		Q. Is there anything you would like to add? « I think it is important to have more daycare here in De Doorns especially for migrant children. »
		Q. What are good things about being CHWs? « Basically what I like about my job both as a CHW and working for NORSA is the fact that I help people who are really struggling in terms of food and feed them. »
		Q. What are challenges you meet as a CHWs? «The challenge I meet is hunger »
		Q. What else can you do to make their experience better? « Another soup kitchen, will be better because the NORSA is full. »
		Q. What are some other problems that you face with the migrants people that you don't face with the locals? « The problem is that they don't want to stay in their shacks as they always ask if I know a person who sell a house or rent it out because they don't have electricity in their shacks. »
Accessibilité aux soins ;	Accessibilité	Q. We are looking at migrants and their access to health services. What makes it harder to access services and what make it easier, but before that we have to ask if access is even an issue? « Accessing is not a problem. »
	Documentation officielle	Q. Are you finding they are still getting access to the clinic even without legal document? « They sometimes help. »
		Q. Do they get treated regardless, or must they first get the papers and then get treated? How does that work? «The thing with the affidavit is just a surety to fix the papers, but does not stop you from getting access to the clinic. » Q. So if they don't have any papers coming to De Doorns can they still get an affidavit? « Yes, they just encourage them to get an affidavit, but they will still get help. » Q. What do you find makes it easier for migrants to access health services? « Is for them to get legal documents, because it makes things easier and there is nothing you can do without legal documents. »

		Q. What are the typical reasons that migrants seek healthcare services? If they do not, why? « I think the reason they don't seek healthcare is because they don't have ID. » Q. Without the ID the clinic won't help them? « It seems because the other time this lady was crying because she couldn't get help as she didn't have ID and she was sick. »
		Q. We are looking at migrants and their access to health services. What makes it harder to access services and what make it easier, but before that we have to ask if access is even an issue? « On my side, I don't think there is a problem to access health services; the only problem is when they access care without documents. »
		Q. How did you decide to become a CHW? « I saw the need in De Doorns whereby people don't have IDs and they suffer a lot. »
	Financières	Q. What are the reasons that migrants won't access healthcare? « They don't want to wait for long times at the clinic because they are scared to lose a day at work. »
	Xénophobie	Q. So the staffs, the nurses, are not trained for different languages? «Yes. » Q. You mentioned something... That the nurses don't want to speak English? « Yes is racism. I can put it that way, because is like they force you to speak Afrikaans and you don't know Afrikaans. » « The staffs at the clinic have moods and scare the patients. » Q. They are mood? You think it's because they are overworked or tired? « Overworked. »
		Q. So what are the bearers to access the service? « They are nervous people, but now they are better. » Q. Why would they be scared? « They are scared of nurses. »
		« You will find that farmers don't encourage them to go to the clinic as they think they only want to escape work and when we visit them it will be too late for them in regard to their disease. [...] We targeted three farms because of the owners who had problems giving their employees time to visit the clinic. »
		Q. What are the reasons that migrants won't seek healthcare? « I think is because they are scared of the people because they come from other countries. »
	Patriarcat	Q. What are bearers not to access the services? «Mostly men have a problem to access the clinic when they are sick and they also refuse their wives to go to the clinic when they are sick. »
	Barrière linguistique	Q. Id the ID the only problem, what about the language? « They have people to assist with all languages at the clinic and for Zimbabwe they always use English. »
		Q. And in the health context what do you think you can offer? « I think we can have translators at the clinic that is very important. Even though we have people who speak Xhosa but they are not translators and that sometimes delay the service at the clinic as they will doing their own job and

		that sister will go to the chemist and get tablet for the patient without knowing what's going on with the patient. » Q. So how are they transcribing the tablets if they don't know? « Some do speak English some speak a bit of English as they didn't further their studies. » (En parlant des migrants) « I help them to get the papers because some don't speak or understand Afrikaans. »
		Q. And health wise what are some of the challenges you're facing? « Yes, the language. We need translators at the clinic in order to make communication easier and the waiting period is affecting their work. »
		Q. What are challenges you meet as a CHWs? « [...] and the language is a challenge also. »
		Q. Tell us more about the communication system? « They don't understand the communication system properly because of different languages that we speak around. » Q. Long wait times and language is an issue? « Yes, and the referral system. » Q. Are people bringing their own people to translate? « Yes. » Q. Has this been part of your job as a CHW to do translations at the clinic? «No, it's something that we add to our duty. » [...] « Or the sister can speak English, but she does not want to speak English, only Afrikaans. » [...] « And you will find that patients don't get help at the end of the day, and go home if they cannot find a translator for that patient. »
		Q. So patients are coming to the clinic, nobody understands them... and they go home? « Yes and that patient will go straight to Worcester (hospital) and still find the same problem of communication. » [...] « And at the end of the day the patient won't get any help because of language. »
		« And sometimes really a communication problem like when the pharmacy explains of how you should take your medication and you don't understand So we went to visit them they ask you how they should take their medication. We have to explain to them. Sometimes a patient is from Worcester and didn't understand how he or she should take her medication, and there are a lot of patients that we receive here in the community that didn't understand the instructions. »
Accès à l'éducation ;	Documentation officielle	Q. Is there anything you could do better if you had more training or experience? « Encouraging them to bring their children to the crèche and helping them to get the right documents at the Home Affaire because most children don't have papers. »
		Q. Is there anything you could do better if you had more money, training or experience? « I would especially help Lesotho children, as they can't go to school because they don't have the papers. Like one I know from Lesotho who grew up here has passed her matric but she can't get her certificate because she does not have papers. »
		« Another problem is the ID, as you can't do anything without an ID. Even if you passed Grade 12, you can't go further because you don't have ID. »

		Q. What about other part of life, like education? «You can't take a child to school without certificate. If you do take the child without certificate, it is your responsibility to issue everything is okay for the child or that child will just go on without support. »
--	--	--

<i>Adversités sociales</i>		
<i>Regroupement des codes initiaux</i>	<i>Sous-thèmes</i>	<i>Extraits des entrevues</i>
La perception des autorités	<i>Peur des autorités</i>	Q. What are some experiences been with the migrants as opposed to the rest of the community? « At first it was difficult but it got better as we go along. The reason is because they are scared of the government's car when they see one and that they are not used to this kind of life us living.»
		Q. What are some challenges you face when you work with the migrants populations? How do you mitigate those challenges? « What are some challenges is that they are people who live with fear from the police that they will deport them and fear from social worker, thinking they will take their children away from them because we sometimes go to their houses with social workers. »
Perception péjorative des migrants	<i>Comportements à risque</i>	Q. What do you think put this community at risk? « I am sure they doing risky things. » Q. What are some other things that put their life at risk? « By having sex with no condoms and buy not taking their treatment. »
		Q. What are some factors that you feel are rewarding for you as a CHW? « Because they appreciate me and when they see me they always show that appreciation and also they see me as a leader. »

Annexe 5 - Grilles d'analyses
Codes axiaux - Entrevues migrantes

Compilation des codes initiaux					
Pays d'origine	Zimbabwe			Lesotho	
Nombre	4			5	
Âge	20-29 ans	30-39 ans		40-49 ans	50 ans et +
Nombre	3	3		2	1
Durée de séjour	Moins d'un an	1 à 5 ans	5 à 10 ans	10 ans et +	NA
Nombre	1	3	3	1	1
Raison migration	Financière			Violence	
Nombre	8			1	
Typologie de la violence	Catégories ²		Codes focaux		Codes axiaux
Violences interpersonnelles	Violence familiale et à l'endroit de partenaires intime -« comprends des formes de violence telles que les mauvais traitements infligés aux enfants, la violence contre le partenaire intime et la maltraitance des personnes âgées »		<ul style="list-style-type: none"> Les relations interpersonnelles; 		Adversités physiques et psychologiques

² Krug, G. E., Dahlberg, L. L., Mercy, A. J., Zwi, A., Lozano-Ascencio, R. (2002). *Rapport mondial sur la violence et la santé*. Organisation mondiale de la santé: Genève. 403 p.

	<p>Violence communautaire – « comprend la violence des jeunes, les actes de violence commis au hasard, les viols et les agressions sexuelles commis par des étrangers, et la violence qui se produit en milieu institutionnel, par exemple, dans les écoles, en milieu de travail, les prisons et les maisons de retraite. »</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Risques associés au voyage migratoire; • Violences; 	
Violences collectives	<p>Précarité et violence économique – « la violence économique comprend les attaques menées par de grands groupes motivés par des gains économiques, par exemple, les attaques menées afin de perturber l'activité économique, le refus de l'accès à des services essentiels ou la division et la fragmentation économiques. »</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Opportunités; • Diminution du niveau de vie; • Augmentation du coût de la vie ; • Conditions de vie 	Adversités économiques et privation matérielle
		<ul style="list-style-type: none"> • Accès aux soins; 	Accessibilité aux services

	<p>Sociale – « l’instrumentalisation de la violence par des gens qui s’identifient en tant que membres d’un groupe – que celui-ci soit transitoire ou ait une identité plus durable – contre un autre groupe ou regroupement d’individus, afin de parvenir à des objectifs politiques, économiques ou sociaux. »</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sentiment d’appartenance; • Attitudes envers les migrants 	Adversités sociales
--	--	--	---------------------

Annexe 6 - Grilles d'analyses

Codes axiaux - Entrevues Travailleuses de santé communautaire

Compilation des codes initiaux					
Occupation	Community healthcare worker (CHW)		Informations manquantes		
Nombre	5		0		
Âge	20-29 ans	30-39 ans	40-49 ans	50 ans et +	
Nombre	2	1	2	0	
Pratique depuis	Moins d'un an	1 à 5 ans	5 à 10 ans	10 ans et +	NA
Nombre	0	1	3	0	1
Typologie de la violence	Catégories ³		Codes focaux		codes axiaux
Violence interpersonnelle	Violence familiale et à l'endroit de partenaires intime -« comprends des formes de violence telles que les mauvais traitements infligés aux enfants, la violence contre le partenaire intime et la maltraitance des personnes âgées »		<ul style="list-style-type: none"> Les relations interpersonnelles 		Adversités physiques et psychologiques

³ Krug, G. E., Dahlberg, L. L., Mercy, A. J., Zwi, A., Lozano-Ascencio, R. (2002). *Rapport mondial sur la violence et la santé*. Organisation mondiale de la santé: Genève. 403 p.

	<p>Violence communautaire – « comprend la violence des jeunes, les actes de violence commis au hasard, les viols et les agressions sexuelles commis par des étrangers, et la violence qui se produit en milieu institutionnel, par exemple, dans les écoles, en milieu de travail, les prisons et les maisons de retraite. »</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Violences; 	
Violence collective	<p>Précarité et violence économique – « la violence économique comprend les attaques menées par de grands groupes motivés par des gains économiques, par exemple, les attaques menées afin de perturber l'activité économique, le refus de l'accès à des services essentiels ou la division et la fragmentation économiques. »</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Manque de ressources ; 	Adversités économiques et privation matérielle
		<ul style="list-style-type: none"> • Accès aux soins; • Accès à l'éducation ; 	Accessibilité aux services

	<p>Sociale – « l’instrumentalisation de la violence par des gens qui s’identifient en tant que membres d’un groupe – que celui-ci soit transitoire ou ait une identité plus durable – contre un autre groupe ou regroupement d’individus, afin de parvenir à des objectifs politiques, économiques ou sociaux. »</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Attitudes envers les migrants 	Adversités sociales
--	--	---	---------------------

Annexe 7
Certificats d'approbation éthique

29 August 2016

Objet: Approbation éthique – « Representations of violence in health and livelihood narratives of migrant women in South Africa »

Mme Chloé Le Guillou Gagnon,

Le Comité d'éthique de la recherche en santé (CERES) a étudié le projet de recherche susmentionné et a délivré le certificat d'éthique demandé suite à la satisfaction des exigences précédemment émises. Vous trouverez ci-joint une copie numérisée de votre certificat; copie également envoyée à votre directeur/directrice de recherche et à la technicienne en gestion de dossiers étudiants (TGDE) de votre département.

Notez qu'il y apparaît une mention relative à un suivi annuel et que le certificat comporte une date de fin de validité. En effet, afin de répondre aux exigences éthiques en vigueur au Canada et à l'Université de Montréal, nous devons exercer un suivi annuel auprès des chercheurs et étudiants-chercheurs.

De manière à rendre ce processus le plus simple possible et afin d'en tirer pour tous le plus grand profit, nous avons élaboré un court questionnaire qui vous permettra à la fois de satisfaire aux exigences du suivi et de nous faire part de vos commentaires et de vos besoins en matière d'éthique en cours de recherche. Ce questionnaire de suivi devra être rempli annuellement jusqu'à la fin du projet et pourra nous être retourné par courriel. La validité de l'approbation éthique est conditionnelle à ce suivi. Sur réception du dernier rapport de suivi en fin de projet, votre dossier sera clos.

Il est entendu que cela ne modifie en rien l'obligation pour le chercheur, tel qu'indiqué sur le certificat d'éthique, de signaler au CERES tout incident grave dès qu'il survient ou de lui faire part de tout changement anticipé au protocole de recherche.

Nous vous prions d'agréer, Madame, l'expression de nos sentiments les meilleurs,

Dominique Langelier, présidente
Comité d'éthique de la recherche en santé (CERES)
Université de Montréal

DL/GP/gp

c.c. Gestion des certificats, BRDV

Christina Zarowsky, professeure agrégée, École de santé publique - Département de médecine sociale et préventive

Gabriel Girard, post-doctorant, Chaire Cacis

Nicole Roberge (Adm. de la santé, 2e cycle)

p.j. Certificat #16-100-CERES-D

adresse postale

C.P. 6128, succ. Centre-ville
Montréal QC H3C 3J7

3744 Jean-Brillant
4e étage, bur. 430-11
Montréal QC H3T 1P1

Téléphone : 514-343-6111 poste 2604
ceres@umontreal.ca
www.ceres.umontreal.ca

12 octobre 2017

Objet: Certificat d'approbation éthique - 1er renouvellement – « Representations of violence in health and livelihood narratives of migrant women in South Africa »

Mme Chloé Le Guillou Gagnon,

Le Comité d'éthique de la recherche en santé (CERES) a étudié votre demande de renouvellement pour le projet de recherche susmentionné et a délivré le certificat d'éthique demandé suite à la satisfaction des exigences qui prévalent. Vous trouverez ci-joint une copie numérisée de votre certificat; copie également envoyée à votre directeur/directrice de recherche et à la technicienne en gestion de dossiers étudiants (TGDE) de votre département.

Notez qu'il y apparaît une mention relative à un suivi annuel et que le certificat comporte une date de fin de validité. En effet, afin de répondre aux exigences éthiques en vigueur au Canada et à l'Université de Montréal, nous devons exercer un suivi annuel auprès des chercheurs et étudiants-chercheurs.

De manière à rendre ce processus le plus simple possible et afin d'en tirer pour tous le plus grand profit, nous avons élaboré un court questionnaire qui vous permettra à la fois de satisfaire aux exigences du suivi et de nous faire part de vos commentaires et de vos besoins en matière d'éthique en cours de recherche. Ce questionnaire de suivi devra être rempli annuellement jusqu'à la fin du projet et pourra nous être retourné par courriel. La validité de l'approbation éthique est conditionnelle à ce suivi. Sur réception du dernier rapport de suivi en fin de projet, votre dossier sera clos.

Il est entendu que cela ne modifie en rien l'obligation pour le chercheur, tel qu'indiqué sur le certificat d'éthique, de signaler au CERES tout incident grave dès qu'il survient ou de lui faire part de tout changement anticipé au protocole de recherche.

Nous vous prions d'agréer, Madame, l'expression de nos sentiments les meilleurs,

Guillaume Paré
Conseiller en éthique de la recherche.
Comité d'éthique de la recherche en santé (CERES)
Université de Montréal

c.c. Gestion des certificats, BRDV
Christina Zarowsky, professeure agrégée, École de santé publique - Département de
médecine sociale et préventive
Gabriel Girard, post-doctorant, Chaire Cacis
Nicole Roberge (Adm. de la santé, 2e cycle)
p.j. Certificat #16-100-CERES-D(1)

adresse postale
C.P. 6128, succ. Centre-ville
Montréal QC H3C 3J7

3744 Jean-Brillant
4e étage, bur. 430-11
Montréal QC H3T 1P1

Téléphone : 514-343-6111 poste 2604
ceres@umontreal.ca
www.ceres.umontreal.ca

Appendix 1: Ethics Clearance, Permission Letters, Participant Information Sheets and Consent forms

UWC ETHICS CLEARANCE LETTER



DEPARTMENT OF RESEARCH DEVELOPMENT

18 January 2016

To Whom It May Concern

I hereby certify that the Senate Research Committee of the University of the Western Cape approved the methodology and ethics of the following research project by:
Ms N Jalal (School of Public Health)

Research Project: Agricultural migrant workers navigating the health system: Access, continuity of care and the role of Community Health Workers in De Doorns, Western Cape.

Registration no: 15/7/12

Any amendments, extension or other modifications to the protocol must be submitted to the Ethics Committee for approval.

The Committee must be informed of any serious adverse event and/or termination of the study.



**Western Cape
Government**

Health

Worcester Hospital

Human Resource Development

Enquiries: Ms RR Ahmed-Meyson

Tel: 023 348 6405

Dr Nafeesa Jalal

Reg Nr: 15/7/12

**Research Title: Agricultural migrant workers navigating the health system:
Access, Continuity of Care and the role of the Community Health Workers
in De Doorns, Western Cape.**

Your request for access to Worcester Hospital has reference.

We hereby advise you to contact Dr A Wenteler on 023 348 1225, for access from De Doorns to Worcester Hospital and referral out to community health workers.

With regard to Emergency Medical Services, contact Dr S de Vries for EMS information on 021 932 1966.

This study is focusing on Primary Health Care and NOT general specialist services.

Best Wishes



UNIVERSITY OF THE WESTERN CAPE
Private Bag X 17, Bellville 7535, South Africa
Revised: September 2014

INFORMATION SHEET

Project Title: Agricultural migrant workers navigating the health system: Access, Continuity of Care and the Role of Community Health

Workers in De Doorns, Western Cape

What is this study about?

This is a research project being conducted by PhD candidate Nafeesa Jalal at the University of the Western Cape. We are inviting you to participate in this research project because we want to learn how migrant agricultural workers get access to health care. We want to learn about the experiences and opinions of people like yourself who are: working adults (18 years of age or over), new or longstanding migrants either from South Africa or another country; those who have language barriers and those who do not, people who have reported using services, and those who have not used services; community health workers working in Lubisi or Stofland, and health workers and managers involved with the health care of agricultural migrant workers and with CHWs. The purpose of this research project is to understand how agricultural migrants in the Cape Winelands District of Western Cape Province of South Africa navigate the healthcare system of S.A. with respect to accessing healthcare services including securing continuity of care, and in particular the role of Community Health Workers in this process, in order to inform policy and practice.

What will I be asked to do if I agree to participate?

You will be asked to participate in in-depth discussions and group discussions called Focused Group Discussions. If you are a Community Health Worker (CHW), we will also be shadowing your work day in Phase 3 of this study.

The location for this study will be in the communities of Lubisi and Stofland in De Doorns, in the Western Cape. Each interview will be approximately 1-2 hours in duration. The overall duration of the study will be approximately 3 months in total.

The type of questions asked of the migrants and CHWs will revolve around their experiences with healthcare services, and the part they play in providing those healthcare services; respectively. Health sector employees, managers and staff of the healthcare facility will be asked questions revolving around their roles as providers and their experiences in their interactions with migrants.

Would my participation in this study be kept confidential?

The researchers undertake to protect your identity and the nature of your contribution. To ensure your anonymity, you will be assigned a unique ID so that your name and identity will be kept anonymous. There will be an identification key, the researcher will use to link your interview to your identity and only the researcher will have access to this identification key.

To ensure your confidentiality, only identification codes will be used on all data forms that are to be used, the information will be secured in a locked storage space and any data in the computer files will be password protected. If we write a report or article about this research project, your identity will be protected.

This study will use focus groups therefore the extent to which your identity will remain confidential is dependent on participants' in the Focus Group maintaining confidentiality.

What are the risks of this research?

There may be some risks from participating in this research study.

All human interactions and talking about self or others carry some amount of risks. We will nevertheless minimise such risks and act promptly to assist you if you experience any discomfort, psychological or otherwise during the process of your participation in this study. Where necessary, an appropriate referral will be made to a suitable professional for further assistance or intervention.

In-depth interviews will be time consuming and may cause some fatigue and hence, we will be providing light refreshments to the participants.

What are the benefits of this research?

This research is not designed to help you personally, but the results may help the investigator learn more about migrants' healthcare access and continuity of care for those migrants. We hope that, in the future, other people might benefit from this study through improved understanding of how to navigate through the healthcare system in order to obtain better healthcare and better continuity of care.

Do I have to be in this research and may I stop participating at any time?

Your participation in this research is completely voluntary. You may choose not to take part at all. If you decide to participate in this research, you may stop participating at any time. If you decide not to participate in this study or if you stop participating at any time, you will not be penalized or lose any benefits to which you otherwise qualify.

What if I have questions?

This research is being conducted by **Nafeesa Jalal, Department of Public Health at the University of the Western Cape**. If you have any questions about the research study itself, please contact Nafeesa Jalal at:

5305- 60 Absolute Avenue, Mississauga, ON L4Z 0A9, Canada;

Should you have any questions regarding this study and your rights as a research participant or if you wish to report any problems you have experienced related to the study, please contact:

Prof Helen Schneider

School of Public Health

Head of Department

University of the Western Cape

Private Bag X17

Bellville 7535

Prof José Frantz

Dean of the Faculty of Community and Health Sciences

University of the Western Cape

Private Bag X17

Bellville 7535

This research has been approved by the University of the Western Cape's Senate Research Committee. (REFERENCE NUMBER: to be inserted on receipt thereof from SR)

Titel van navorsing projek: Landbou migrerende navigeer die gesondheid stelsel: toegang, kontinuïteit van sorg en die rol van die gemeenskap gesondheidwerkers in De Doorns, Wes-Kaap.

Waaroor gaan die studie?

Die studie word gedoen deur PhD kandidaat Nafeesa Jalal van die Universiteit van di Wes-Kaap. Ons nooi u uit om deel van die studie te wees sodat ons kan leer hoe landbou werkers toegang kry vir gesondheidsorg. Ons wil leer van mense wat:

- Werkende volwassenes is (18 jaar en ouer)
- is migrerende van enige land (Suid Afrika of 'n ander land)
- migrerende wat taal hindernesse ervaar
- migrerende wat gesondheidsorgdienste gebruik en van hul wat dit nie gebruik nie
- Gemeenskap gesondheidsorgwerkers wat in Lubisi en Stofland werk, ander gesondheidwerkers, en gesondheid bestuurders wat met die gemeenskap gesondheidsorg en gesondheid werkers werk

Die doel van die studie is om te verstaan hoe landbou migrerende in die Suid Afrikaanse Kaapse Wynland Distrik die gesondheidsorg stelsel van Suid Afrika navigeer spesifiek aan beveiling van kontinuïteit van sorg, en die rol van gemeenskap gesondheidsorgwerkers in die proses, om beleid te beïnvloed en implementeer.

Wat moet ek doen as ek deel neem?

U sal gevra word om in 'n individuele in-diepte onderhoud deel te neem sowel as een groepsbespreking wat 'n "Fokusgroep" genoem is. As u 'n gemeenskap gesondheidsorgwerker is dan sal ons u vir een dag rond volg terwyl u werk. Dit gaan plaas vind in fase 3).

Die studie gaan in Stofland en Lubisi, de Doorns, Weskaap plaasvind. Elke onderhoud sal ongeveer 1-2 ure vat, en elke fokusgroep gaan ongeveer 2 ure vat. Die hele studie sal oor 3 maande plaasvind.

Die tiepe vrae wat ons vir die migrerende en gesondheidsorgwerkers sal vra is oor die ervaring met gesondheidsorgdienste en hoe die gesondheidsorgwerkers die diens voorsien. Ander gesondheidwerkers en bestuurders van fasiliteite sal gevra wees oor hul rol as verskaffers en ook hul ervaring in hul interaksies met die migrerende.

Sal my deelname aan hierdie studie vertroulik gehou word?

Die navorsers gaan u identiteit veilig hou deur u 'n nommer te gee in plaas van u naame te gebruik. Die navorsers sal die spesifieke nommer op al u dokumentasies aansit. Om u vertroulikheid te hou, al die dokumentasie sal opgesluit wees in 'n stoorplek, en al die data in 'n PC gestoor wees met 'n wagwoord. As ons 'n artikel skryf oor die navorsing, sal u identiteit beskerm wees.

Omdat ons fokusgroepe is net aan die tweede fase van die studie, die vertroulikheid van die informasie wat gesprek is sal op u self en die ander deelnemers van die fokusgroep rus.

Wat is die risiko van die navorsing?

Daar kan dalk risiko wees om deel van in die studie te neem. Menslike interaksie en as 'n mens oor hul self of ander mense praat dra 'n bietjie risiko. Ons sal ons beste probeer om die risiko te verminder en u stiptelik help as u enige ongemak deur die studie voel. Wanneer dit nodig is, ons sal u 'n toepaslike verwysing gee om 'n professionele te sien. Die individuele onderhoude en fokusgroepe sal tyd vat wat kan vir u moeg maak. In lig van die, ons sal iets klein gee om te eet en drink.

Wat is die voordele om in die studie deel te neem?

Die navorsing is nie bedoel om u persoonlike te help nie, maar die resaltaate mag die onderzoeker help om meer van die migrerende se toegang na gesondheidsorgdiens te leer. In die toekoms, ander migrerende kan voordeel van die navorsing deur beter verstand van hoe om die gesondheidsorg stelsel te navigeer om beter gesondheid en kontinuïteit van sorg te kry

Moet ek in die navorsing deel neem en kan ek ophou as ek wil?

U saam deel in die navorsing is uit u eie wil. U kan besluit om nie deel te neem nie. As u besluit om deel te neem, dan kan u op enige tyd ophou. As u kies om nie deel te neem nie, of as jy deel neem en dan besluit om nie deel te neem nie, sal u nie op enige manier gestraf word nie, of enige voordele van u weg gevat wees nie vir wat jy voor kwalifiseer.

Wat as ek vrae het?

Die navorsing is deur Nafeesa Jalaal gedoen. Sy is van die Department van Publiek Gesondheid vanaf die Universiteit van die Wes-Kaap. As u enige vrae het oor die navorsing studie, kontak aseblief vir Nafeesa Jalaal by:

5305- 60 Absolute Avenue, Mississauga, ON L4Z 0A9, Canada;

As u enige vrae het oor die studie en u regte as iemand wat deel neem in die navorsing, of as u enige probleme ontvang het verwant aan die studie, kontak aseblief:

Prof Helen Schneider

School of Public Health

Head of Department

University of the Western Cape

Private Bag X17

Bellville 7535

Prof José Frantz

Dean of the Faculty of Community and Health Sciences

University of the Western Cape

Private Bag X17

Bellville 7535

Die navorsing is goedgekeur deur die Universiteit van die Wes-Kaap's Senaat navorsingkomitee. (REFERENCE NUMBER: to be inserted on receipt thereof from SR)

UNIVERSITY OF THE WESTERN CAPE
Private Bag X 17, Bellville 7535, South Africa
Revised: September 2014
IPHEPHA LEKCUKACHA

ISIHLOKO SALEPROJECTHI: Abasebenzi bezolimo abangabafiki bazama ukumelana nenkqubo yezempilo ukufukeleleka ukuqhuba kononophelo kunye nendima yooNompilo e De Doorns eNtshona Koloni

Ingaba esisifundo singantoni?

Olu luphando olwenziwa ngumfundi wezobugqirha(Phd) uNafeesa Jalal kwi dyunivesithi yeNtshona Koloni. Siyakumema ukuba uthathe inxaxheba koluphando ngokuba sifuna ukufunda ukuba abafiki abangabasebenzi kwezolimo bafikelela njani kwezempilo. Sifuna ukufunda malunga nolwazi nemibono yabantu abanjengawe: abasebenzayo abadala (18 yeminyaka nangaphezulu), abafiki abatsha okanye ekudala bafika besuka eMzantsi Afrika okanye kwelinye ilizwe; abo banezithintelo zolwimi kunye nabo bangenazo; abantu abasebenzisa iinkonzo kunye nabo abangasebenzisi nkonzo; oonompilo basekuhlaleni abasebenza e Lubisi okanye e Stofland, noonompilo basekuhlaleni kunye naphathi ababandakanyeka kwezempilo zabasebenzi bezolimo abangabafiki kunye noonompilo basekuhlaleni. Injongo yoluphando kukuqonda indlela abalimi abangabafiki kwi Cape Winelands District zephondo leNtshona Koloni ku Mzantsi Africa abafumana ngayo amajelo ezempilo ase Mzantsi Afrika ukuqondisa ukufikelela kumajelo ezempilo kuquka ukukhusela inkqubela yenkathalelo futhi ngokukodwa indima yoonompilo basekuhlaleni kulenkqubo, ukwazisa umgomo

Yintoni endingayibuzwa xa ndinokuthatha ixaxheba?

Uzakucelwa ukuba uthathe inxaxheba kwingxoxo ethe vetshe nakwiqela lengxoxo elibizwa ngokubaUkuba unguNontlalontle wasekuhlaleni (CHW)sizakujonga umsebenzi wakho ngemini ophangela ngayo kwi phase yesithathu yoluphando.

Oluphando luzakwenziwa apha ekuhlaleni kuleNgingqi ekuthiwa Lubisi nase Stofland apha e De Doorns, kwiNtshona Koloni. Udliwano ndlebe ngalunye luzakuthatha kangangeyure ukuya kwezimbini. Oluphando luzakuqhuba kangangeenyanga ezintathu. Le ntlobo yemibuzo izakubuzwa kubafiki nako nontlalo-ntle basekuhlaleni izakubuza ngezimvo zabo nangemisebenzi yezempilo, necala elizisa inkonzo zempilo nentlonipho. Abasebenzi bezempilo bengingqi, abaphathi, nabasebenzi bezempilo bazakubuzwa imibuzo edibene ngokubanzi nendima ezisa ulwazi kungenelelo nabafiki (migrants)

Ingaba ukubandakanyeka kwam koluphando kuzogcinwa kuyimfihlo?

Abaphandi bathembisa ukukhusela ubuwena kunye nendlela onikelel ngayo. Ukuqinisekisa imfihlelo yakho, uzonikwa inombolo eyehlukileyo ukuze igama lakho kunye nobuwena bugcinwe buyimfihlelo. Kuzakubakho isikhombisi (identification key), umphandi azakusisebenzisa ukunxulumanisa udliwanondlebe nobuwena, futhi ngumphandi yedwa azakubanokufikelela kwesisikhombisi (identification key). Ukuqinisekisa imfihlelo yakho, kuyakuthi kusetyenziswe ikhowudi yezikhombisi yodwa kuzo zonke iincwadi zenkcukacha ezizakuthi zisetyenziswe, ulwazi luzakugcinwa lukhuselekile kwindawo evalelekileyo yogcino futhi naluphi na ulwazi olukwiincwadana zekompiyutha zizaku khuselwa ligama elinomkhethe(iphasiwedi). Ukuba sibhala isibhengezo ngoluphando, ubuwena buzakukhuseleka.

Olu phando luzakusebenzisa amaqela engxoxo ngoko ke ingqinisekiso yokugcina ubuwena buyimfihlelo ixhomekeke kubathathi nxaxheba beliqela lengxoxo ukugcina imfihlelo.

Zithini iingozi zoluphando?

Zingaba khona iingozi ngoku thatha inxaxheba koluphando.

Lonke unxulumano lwabantu kunye nokuthetha ngeziqu okanye abanye abantu lunobungozi obukhoyo. Kodwa ke sizakuzinciphisa iingozi futhi sizakuthatha amanyathelo ukukuncedisa ukuba uye wangaphatheki kakuhle, ngokwasengqondweni okanye ngexesha lokuthatha kwakho inxaxheba koluphando. Apho kukho imfuneko khona, indlela efaneleyo yokudlulisela kucwephesha izakukwenziwa ukufumana uncedo okanye ungenelelo olungakumbi.

Udliwanondlebe olunzulu luzakuthabatha ixesha elininzi futhi lungenza udinwe kungoko ke sizakunikezela ngokutya okuncinci kubathathi nxaxheba

Ziintoni iinzuzo koluphando?

Olu phando alwenzelwanga ukukunceda wena buqu, kodwa iziphumo zinganceda umphandi afunde kabanzi malunga nokufikelela kwinkathalelo yezempilo kubafiki futhi nenkqubela yenkathalelo yabo bafiki. Siyathemba ukuba, kwixesha elizayo abanye abantu bangazuza kolu phando ngenxa yokuqonda okungcono yendlela zokuqondisa ngokusebenzisa amajelo enkathalo kweezempilo ukuze kufunyanwe inkathalelo yezempilo engcono futhi inkqubela yenkathalelo engcono.

Kunyanzelekile ndibekoluphando kwaye ndingarhora nangaliphi na ixesha?

Inxaxheba yakho koluphando ayinyanzeliswa konke konke. Ungakhetha ukungathabathi inxaxheba konke. Ukuba ngaba uthathe isigqibo sokuthatha inxaxheba koluphando, ungarhoxa nangalipi na ixesha. Ukuba wenze isigqibo sokuba ungathathi inxaxheba koluphando okanye ukuba uyarhoxa nangaliphi na ixesha, awuzukohlwaywa okanye uphulukane namalungelo akufaneleyo.

Ndenza njani xa ndinemibuzo?

Olu phando lwenziwa ngu **Nafeesa Jalal, Department of Public Health** kwidyunivesithi yeNtshona Koloni. Ukuba unemibuzo malunga noluphando, nceda nxulumana no Nafeesa Jalal kuledilesi ilandelayo:

Oluphando luququzelelwa ngu **Nafeesa Jalal, Department of Public Health** at the **University of the Western Cape**. Ukuba unemibuzo malunga noluphando nceda nxulumana no Nafeesa Jalal kuledilesi ilandelayo:

5305- 60 Absolute Avenue, Mississauga, ON L4Z 0A9, Canada;

Ukuba uthe wanemibuzo malunga noluphando ngamalungelo akho nje ngomphathi nxaxheba okanye ufuna ukusixelela malunga neengxaki ezimayela noluphando nceda nxulumane:

Prof Helen Schneider

School of Public Health

Head of Department

University of the Western Cape

Private Bag X17

Bellville 7535

Prof José Frantz

Dean of the Faculty of Community and Health Sciences

University of the Western Cape

Private Bag X17

Bellville 7535

Invume yokuqhutywa koluphando ifumaneka kwiUniversity of the Western Cape's
Senate Research Committee. (REFERENCE NUMBER: to be inserted on receipt thereof
from SR)



UNIVERSITY OF THE WESTERN CAPE
Private Bag X 17, Bellville 7535, South Africa

Ditsebiso tsa lekane - (Sotho translation)

Thaetelele ya Porojeke: Temo ka basebetsi ba molakolako laetsana tshepetso ya bophelo bo bo bottle: Kenello, tswela pele ya thlokomelo le karolo ya tswela pele ka basebetsi ba setjhaba sa bophelo bo bottle ko De Doorn, Kapa Boipehiremela.

Dithutho ke tsa mabopi le eng?

Ke dipatlisiso tsa porojeke e itshwereng ke morutwang wa PHD Nafeesa Jalal ko university ya Kapa Boipehiremela. Re mema wena ho momahatsa mono dipatlisiso tsa porojeke hobane re batla ho ithuta ka basebedi bat emo ba malakolako ho thola le ho kena thlokomelo ya bophelo yo bottle. Re batla ho ithutha mabapi le boiphihlelo le maikutlo a batho jwalo ka: basebetsi ba baholo (dilemo tsa leshome le metso e robedi ka tsofalo hoba hodimo), ntja hoba nako e telele molakolako kappa tswa Afrika Borwa le dingwe mafatshe; bane ban a le bothata le dipuo le bane ba se ke, batho bana le tlaleho tshebedisang di patlisiso le bane bas eke ba sebedisa kakanyo; setjhaba sa thlokomelo ya bophelo yo bottle ba sebetsang ho Lubisi kapa Scofland, le basebetsi ba athlokomelo ya bophelo ya bottle ya temo ya basebetsi ba malakolako le CHWs. Maikemisetso a kakanyo ya porojeke ee ke ho utlwasisa temo o ya molakolako ho tlou ya naha ya beine setereke sa Kapa Boipehiremela porofensi ho Afrika Borwa o kganna tsepetso ya thlokomelo ya bophelo ya bottle ya Afrika Borwa. Ka tlhompho ho kena kakanyong ya thlokomelo ya bophelo yo bottle hob ala le tshireletsoe tswela pele ka thlokomelo, le e neipileng ka karolo ho setjhaba sa basebetsi ba bophelo bo bottle mono ho ketsahalo, ka taelo ho tseba tsamaiso le ketso.

Ketla otswa eng ha ke dumela ho mamahatsa?

Wena kathato o tlo botswa ho mamahatso ka botebo dipuisano le sehlopha bitswa hloko sehlopha dipuisano. Ha o le setjhaba sa basebetsi ba vophelo bo bottle, ka thato re tla batlisisa imosebetsi wa hao ka tsatsi la karalo tharo tsa dithuto tse ena.

Badulo ba dithuto tse ena ka thato ditla bah o setjhabeng sa Lubisi le Stofland ko De Dooms, ko Kapa Boiphirimela. Tlhahlobo ya mong le mong ka hohle e tla ba nngwe hoba pedi ka nako. Nako k abo abarola ya dithuto ka hohle e tla ba dikgwedi tse tharo ka kakaretso.

Mofuta wa dipotso tse ditlo tse ditlo botswang ho malakolako le basebetsi ba thlomokelo ya bophelo yo bottle bot la potoloha ka hohle le boiphitlelo ba bona le dipatlisiso tsa thlokomelo ya bophelo yo bottle, le karolo tse batla di bapala ka ho fana dipatlisiso ho thlokomelo ya bophelo ya bottle; ka hlomphe. Dikaralwana tsa bophelo bo bottle tsa basebetsi, balaodi le thoto batsamaisa ba thlokomelo ya bophelo yo bottle e tla botswa

dipotso potolohang ka bohle le dikaralo tsa bona ka he e le basebeletsi le dipatlisiso tsa bona ka hare ha kanelalaho tsa bona le malakolako.

Mamahatso tsa ka ho dithuto tse ena di tla bolokwa sephiri?

Dipatlisiso di gala ho tshireletso boitsebiso ba hao le hlalo ya dikabelo tsa hao. Ho tiisetse bokunutu ba hao, ka thato o tla aba ID e fapaneng hore lebitso le boitsebiso ba hao ka thato di tla aba sephiring. O itela u tsireledzea, rido shumisa dzicoudu kha dzi bammbiri dza vheinwi dzine ra do di shumisa, zwishumisa zwido valeliwa zwa khineliwa fhethu ho tsireledzeaho.

Ndi dzifhio khakhathi dza iyi thoduluso?

Hu ngavha na thaidzo thukhu kha u dzhenelela thodisiso iyi.

Zwothe u amba nga ha iwe na nga ha vathu vhanwe zwo hwala vhudifhunduleli khaho. Ri do fhungudza idzo khakhathi ngau ita zwothe zwine ra nga kona thusa uri muthu avhe o vhotholowaho musu ni tshi amba, kana u fhindula musu ni khou amba na rine kha thoduluso heyi. Arali hungavha na thodea ri do zwi isa na kha vha divhi uri vha kone u thusa nga hune vha nga kona ngaho.

Nga vhudalo thodisiso dzone dzia dzhia tshifhinga tsha muthu lunu muthu a fhedza o farwa nga tshineto na nga u bvafha, fhedziha ri do nekedza zwiliwa nga hune ra nga kona ngaho.

Ndi afhio malamba a thodisiso idzi?

Thodisiso iyi ayo ngo itelwa u thusa inwi fhedzi, fhedzi ha inga thusa uri mutodisiso a gude uri u netshedzwa ha vhabvannda thuso ya mutakalo nau isa phanda na uvha nekedza yone. Ri thembea uri na minwahani Idaho vhanwe vathu vha nga guda nga pfunzo ine ya dovha yo wanala nau alusa u thogomela vhabva nnda.

Ndia thoda uvha kha thoduluso iyi naa kana ndia kona ubva khayi tshifhinga tshinwe na tshinwe naa?

U dzhenelela thodiluso iyi azwi kombetshedzwi naluthihi. Ni nga nanga usa vha tshipida. Arali na nga nanga uvha tshipida tsha thoduluso iyi, ni nga di litsha tshifhinga tshinwe na tshinwe. Ahuna uri ni nga latiswa, kana na sa wane ndugelo dzanu dzine no dzi swikelela kha thodisiso iyi.

Arali ndina Mbudziso?

Thodiluso iyi I khou itwa nga Nafeesa Jalal, depathimende ya Nguda Mutakalo kha yunivesithi ya Kapa Boipehiremela. Arali ni na mbudziso ya ngudo iyi, ni ngwa kama Nafeesa jala kha:

55305-60 Absolute Avenue, Mississauga, ON L4Z 0A9, Canada; Lutingo:

Arali nina mbudziso malugana na thodisiso iyi, nanga ha ndugelo yanu kana u toda u pota mulandu na thaidzo dzena tangana nadzo kha ngudo iyim kjha vha kamane na:

Prof Helen Schneider
Tshikolo tsha Nguda Mutakalo
Thoho ya tshikolo
Yunivesithi ya Western Cape
Private Bag X17
Bellville 7535

Prof José Frantz
Mulanguli muhulane wa Khomunithi ya Nguda Mutakalo
Yunivesithi ya Western Cape
Private Bag X17
Bellville 7535 ,

UNIVERSITY OF THE WESTERN CAPE
Private Bag X 17, Bellville 7535, South Africa

CONSENT FORM - (ENGLISH)

Title of Research Project: Understanding Access and Navigation to Health Services, Continuity of Care and the Role of Community Health Workers: How do the Agricultural Rural Migrant Communities of Lubisi and Stofland in De Doorns, Western Cape, manage their health?

The study has been described to me in language that I understand. My questions about the study have been answered. I understand what my participation will involve and I agree to participate of my own choice and free will. I understand that my identity will not be disclosed to anyone. I understand that I may withdraw from the study at any time without giving a reason and without fear of negative consequences or loss of benefits.

Participant's name.....

Participant's signature.....

Date.....



UNIVERSITEIT VAN DIE W^{ES}-Kaap
Private Bag X 17, Bellville 7535, South Africa

Vrywaarens vorm - (Afrikaans)

Titel van navorsing projek: Landbou migrerende navigeer die
gesondheid stelsel: toegang, kontinuïteit van sorg en die rol van die
gemeenskap gesondheidwerkers in De Doorns, Wes-Kaap.

Die studie was aan my verduidelik in 'n taal wat ek verstaan. Enige vrae wat ek gehad het
was geantwoord. Ek verstaan wat van my verwag is en ek verstaan dat ek deel neem uit
my eie verkiesing en wil. Ek verstaan dat my identiteit nie beskikbaar vir enige iemand
sal wees nie. Ek verstaan ook dat ek kan enige tyd van die studie uitrek sonder om 'n rede
te gee en sonder om bang te wees vir enige negatiewe gevolge of van die velore van
enige voordele.

Naam:.....

Handteken.....

Datum.....



UNIVERSITY OF THE WESTERN CAPE
Private Bag X 17, Bellville 7535, South Africa

IPHEPHA MVUME - (Xhosa/Zulu translation)
ISIHLOKO SALEPROJECTHI: Abasebenzi bezolimo abangabafiki
bazama ukumelana nenkqubo yezempilo ukufukeleleka ukuqhuba
kononophelo kunye nendima yooNompilo e De Doorns eNtshona Koloni

Olu phando lucacisiwe kum ngolwimi endiluqondayo. Imibuzo yam ngoluphando iphenduliwe. Ndiyayiqonda ukuba inxaxheba yam izakubandakanya ntoni futhi ndiyavuma ukuthatha inxaxheba ngokuzikhethela nangokuthanda kwam. Ndiyayiqonda ukuba iinkcukacha ngam azizokubhentsiswa nakubanina. Ndiyayiqonda ukuba ndingarhoxa koluphando ngaphandle kokunika isizathu futhi nangaphandle nangaphandle koloyiko lwemiphumela emibi okanye ukuphulukana nenzuzo.

Igama lomthathi nxaxheba.....

Utyikityo lomthathi nxaxheba.....

Umhla.....



UNIVERSITY OF THE WESTERN CAPE
Private Bag X 17, Bellville 7535, South Africa

FOCUS GROUP CONSENT (CONFIDENTIALITY BINDING) FORM

Title of Research Project: Understanding Access and Navigation to
Health Services, Continuity of Care and the Role of Community Health

Workers: How do the Agricultural Rural Migrant Communities of Lubisi and Stofland in
De Doorns, Western Cape, manage their health?

The study has been described to me in language that I understand. My questions about the study have been answered. I understand what my participation will involve and I agree to participate of my own choice and free will. I understand that my identity will not be disclosed to anyone by the researchers. I understand that I may withdraw from the study at any time without giving a reason and without fear of negative consequences or loss of benefits. I understand that confidentiality is dependent on participants' in the Focus Group maintaining confidentiality.

I hereby agree to uphold the confidentiality of the discussions in the focus group by not disclosing the identity of other participants or any aspects of their contributions to members outside of the group.

Participant's name.....

Participant's signature.....

Date.....



UNIVERSITEIT VAN DIE WES-KAAP

Private Bag X 17, Bellville 7535, South Africa

FOKUS GROEP VERETROULIK BINDEND VORM

Titel van navorsing projek: Landbou migrerende navigeer die
gesondheid stelsel: toegang, kontinuiteit van sorg en die rol van die
gemeenskap gesondheidwerkers in De Doorns, Wes-Kaap.

Die studie was aan my verduidelik in 'n taal wat ek verstaan. Enige vrae wat ek gehad het was geantwoord. Ek verstaan wat van my verwag is en ek verstaan dat ek deel neem uit my eie verkiesing en wil. Ek verstaan dat die navorsers my identiteit vir niemand sal beskikbaar maak nie. Ek verstaan ook dat ek kan enige tyd van die studie uitrek sonder om 'n rede te gee en sonder om bang te wees van enige negatiewe gevolge of van die verlore van enige voordele. Ek vertstaan dat dit van die deelnemers sal afhang om die gespreke met vertroulikheid te behandel binne en buite die fokusgroepe.

Hiermee onderneem ek om die vertroulikheid van die besprekings te handaf in die fokusgroepe deur nie die bekendmaking van die identiteit van die ander deelnemers of enige aspek van hul bydraes tot persone buite die fokusgroep deel nie.

Naam:.....

Handteken.....

Datum.....

Focus Group Confidentiality Binding Form

Version Date: 15 September 2015



UNIVERSITY OF THE WESTERN CAPE

Private Bag X 17, Bellville 7535, South Africa

IPHEPHA MVUME

ISIHLOKO SALEPROJECTHI: Abasebenzi bezolimo abangabafiki
bazama ukumelana nenkqubo yezempilo ukufukeleleka ukuqhuba
kononophelo kunye nendima yooNompilo e De Doorns eNtshona Koloni

Olu phando lucacisiwe kum ngolwimi endiluqondayo. Imibuzo yam ngoluphando iphenduliwe. Ndiyayiqonda ukuba inxaxheba yam izakubandakanya ntoni futhi ndiyavuma ukuthatha inxaxheba ngokuzikhethela nangokuthanda kwam. Ndiyayiqonda ukuba iinkcukacha ngam azizokubhentsiswa nakubanina ngabaphandi. Ndiyayiqonda ukuba ndingarhoxa koluphando ngaphandle kokunika isizathu futhi nangaphandle nangaphandle koloyiko lwemiphumela emibi okanye ukuphulukana nenzuzo. Ndiyaqonda ukuba imfihlelo ixhomekeke kubathathi nxaxheba beliqela lengxoxo ukugcina imfihlelo.

Ndiyavuma ukugcina imfihlelo yezongxoxo zalamaqela engxoxo ngokungabhentsisi nkcukacha ngabanye abathathi nxaxheba okanye naluphina igalelo kubantu abangaphandle kweliqela.

Igama lomthathi nxaxheba.....

Utyikityo lomthathi nxaxheba.....

Umhla.....

Focus Group Confidentiality Binding Form

Version Date: 15 September 2014